

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Шляхто
«06» марта 2023 г.

**АДАптиРОВАННАЯ
ОСНОВНАЯ ПРОФЕССИОНАЛЬНАЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНАЯ ПРОГРАММА
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ**
(для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья)

**ПРОГРАММА ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В
ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ
31.08.58 ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ**

Специальность: **31.08.58 Оториноларингология**


Направленность: **Оториноларингология**

Уровень профессионального образования: Высшее образование - подготовка кадров
высшей квалификации

Квалификация: "Врач-оториноларинголог"

Форма обучения: очная

ФГОС ВО утвержден приказом Министерства науки и высшего образования
Российской Федерации «02» февраля 2022 г. № 99

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России		
Сертификат	00C9C4F946EEB4762030BAE11C6A1A19D3	
Владелец	Шляхто Евгений Владимирович	
Действителен	с 22.04.2022 по 16.07.2023	

Адаптированная основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология утверждена решением ученого совета ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Протокол №2 от «06» марта 2023г.

Утвержденная Адаптированная основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология хранится в учебно-методическом отделе в виде бумажной версии и электронной копии.

Адаптированная основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Фамилия, Имя, Отчество	Место работы, должность, название организации	Ученая степень
Рязанцев Сергей Валентинович	Федеральное государственное бюджетное учреждение «Санкт-Петербургский научно-исследовательский институт уха, горла, носа и речи» Министерства здравоохранения Российской Федерации, заместитель директора по научной работе	Доктор медицинских наук, профессор
Топузов Эльдар Эскендерович	Санкт-Петербургское государственное бюджетное учреждение здравоохранения «Городской клинический онкологический диспансер», главный врач	Доктор медицинских наук, профессор

СОДЕРЖАНИЕ

Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

- 1.1. Назначение основной профессиональной образовательной программы
- 1.2. Нормативные документы:
- 1.3. Перечень сокращений
- 1.4. Термины и определения

Раздел 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ

- 2.2. Типы задач профессиональной деятельности выпускников:
- 2.3. Перечень профессиональных стандартов, соотнесённых с ФГОС ВО
- 2.4. Перечень основных задач профессиональной деятельности выпускников

Раздел 3. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АДАПТИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ

ОРДИНАТУРЫ, реализуемая в рамках специальности 31.08.58 оториноларингология

- 3.1. Квалификация, присваиваемая выпускникам адаптированной программы ординатуры:
- 3.2. Объем адаптированной программы ординатуры
- 3.3. Формы обучения
- 3.4. Срок получения образования:
- 3.5. Государственный язык реализации адаптированной программы ординатуры

Раздел 4. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

4.1. Требования к планируемым результатам освоения программы ординатуры, обеспечиваемым дисциплинами (модулями) и практиками обязательной части

- 4.1.1. Универсальные компетенции выпускников
- 4.1.2. Общепрофессиональные компетенции выпускников и индикаторы их достижения
- 4.1.3. Профессиональные компетенции (ПК) выпускников и индикаторы их достижения

Раздел 5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ АДАПТИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ

ОРДИНАТУРЫ

- 5.1. Основные блоки структуры адаптированной программы ординатуры:
- 5.2. Типы практики:
- 5.3. Учебный план и календарный учебный график
- 5.4. Рабочие программы дисциплин (модулей) и практик
- 5.5. Оценочные средства
- 5.6. Иные компоненты
- 5.6.1 Программа государственной итоговой аттестации
- 5.6.2 Рабочая программа воспитания
- 5.6.3 Календарный план событий и мероприятий воспитательной направленности

Раздел 6. УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

- 6.1. Общесистемные требования к реализации адаптированной программы ординатуры
- 6.2. Требования к материально-техническому и учебно-методическому обеспечению программы ординатуры Материально-техническое и учебно-методическое обеспечение
- 6.3. Требования к кадровым условиям реализации программы ординатуры
- 6.4. Требования к финансовым условиям реализации программы ординатуры
- 6.5. Требования к применяемым механизмам оценки качества образовательной деятельности и подготовки обучающихся по программе ординатуры

Раздел 7. СПИСОК РАЗРАБОТЧИКОВ

Приложение 1 Перечень профессиональных стандартов, соотнесенных с федеральным государственным образовательным стандартом по направлению подготовки

Приложение 2 Перечень обобщённых трудовых функций и трудовых функций, имеющих отношение к профессиональной деятельности выпускника программ ординатуры по направлению подготовки (специальности) 31.08.58 Оториноларингология

Приложение 3 Учебный план

Приложение 4 Календарный учебный график.

Приложение 5 Аннотации рабочих программ

Приложение 6 Рабочие программы дисциплин (модулей) и практик с приложениями

Приложение 7 Матрица компетенций

Приложение 8 Рабочая программа воспитания

Приложение 9 Календарный план событий и мероприятий воспитательной направленности

Раздел 1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

Адаптированная основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре (далее – АОПОП ВО) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) по специальности 31.08.58 Оториноларингология представляет собой комплекс учебно-методических документов, разработанных и утвержденных организацией осуществляющей образовательную деятельность в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности 31.08.58 Оториноларингология с учетом профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог» и иных компонентов: оценочных и методических материалов, и предусмотренных Федеральным законом №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» случаях в виде рабочих программ воспитания, календарного плана воспитательной работы и форм аттестации, а также другие адаптированные материалы, обеспечивающие качество подготовки обучающихся обеспечивающие реализацию соответствующей образовательной деятельности с учетом степени ограничения здоровья, психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечения коррекции нарушений развития и социальной адаптации.

АОПОП ВО для инвалидов и лиц с ОВЗ регламентирует комплекс основных характеристик образования (объем, содержание, планируемые результаты), организационно-педагогических условий и технологии реализации образовательного процесса, оценку качества подготовки выпускника по данной специальности.

АОПОП ВО для инвалидов и лиц с ОВЗ включает в себя: учебный план, календарный учебный график, рабочие программы учебных предметов, дисциплин (модулей), программы практики и научно-исследовательской работы (НИР), оценочные и методические материалы, рабочую программу воспитания, календарный план воспитательной работы и другие материалы, обеспечивающие качество подготовки обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Настоящая адаптированная образовательная программа содержит совокупность требований к результатам ее освоения, установленных федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее - ФГОС ВО) и ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, в виде универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенции выпускников, а также к индикаторам их достижения. Образовательная программа основана на профессиональном стандарте «Врач-оториноларинголог», обобщенном отечественном и зарубежном опыте, рекомендациях ведущих работодателей и объединений работодателей отрасли, в которой востребованы выпускники.

Целью адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья является формирование условий для приобретения фундаментальных знаний, умений и навыков, необходимых для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях оказания первичной медико-санитарной помощи, специализированной, скорой (в том числе специализированной), паллиативной медицинской помощи.

Задачами адаптированной образовательной программы является:

1. Подготовка высококвалифицированных специалистов, владеющих теоретическими знаниями и практическими навыками, необходимыми для принятия и реализации эффективных решений в области профессиональной деятельности.
2. Сочетание практической направленности обучения с глубокой фундаментальной подготовкой.
3. Развитие инновационных способностей выпускников, осуществление фундаментальных и практических исследований в области здравоохранения и науки.

4. Формирование социально-личностных качеств, способствующих укреплению нравственности, творческих способностей, социальной адаптации, коммуникативности, толерантности, настойчивости в достижении цели, готовности принимать решения и профессионально действовать.

ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России создает условия для максимальной гибкости и индивидуализации образовательного процесса, предоставляя каждому обучающемуся возможность построения гибких индивидуальных траекторий, обеспечивающих формирование универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций. Организация учебного процесса в рамках реализуемой АОПОП осуществляется с максимальным использованием инновационных и информационных технологий, элементов научных исследований.

1.1. Нормативные документы:

– Федеральный закон Российской Федерации от 29 декабря 2012 года № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» (с последующими дополнениями и изменениями);

– Федеральный закон от 21.11.2011 №323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» (с последующими дополнениями и изменениями); Федеральный закон от 24.11.1995 г. № 181-ФЗ «О социальной защите инвалидов в Российской Федерации» (с изменениями и дополнениями);

– Приказ Министерства образования и науки Российской Федерации от 09.11.2015 № 1309 «Об утверждении Порядка обеспечения условий доступности для инвалидов объектов и предоставляемых услуг в сфере образования, а также оказания им при этом необходимой помощи» (с изменениями и дополнениями);

– Методические рекомендации по организации образовательного процесса для обучения инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в образовательных организациях высшего образования, в том числе оснащённости образовательного процесса (утверждены приказом Минобрнауки РФ от 08.04.2014 №АК-44/05вн);

– Федеральный закон от 03 мая 2012 г. № 46 – ФЗ «О ратификации Конвенции о правах инвалидов» (с изменениями и дополнениями);

– Федеральный закон от 01 декабря 2014 № 419-ФЗ «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам социальной защиты инвалидов в связи с ратификацией Конвенции о правах инвалидов» (с изменениями и дополнениями);

– Федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология, утвержденный приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 02.02.2022 № 99;

– Профессиональный стандарт «Врач-оториноларинголог», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 04 августа 2017 г. № 612н;

– Приказ Минобрнауки России от 19.11.2013 № 1258 «Об утверждении Порядка организации и осуществления образовательной деятельности по образовательным программам высшего образования - программам ординатуры» (далее – Порядок организации образовательной деятельности);

– Приказ Минобрнауки России от 18.03.2016 № 227 «Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки» (далее – Порядок проведения ГИА);

– Приказ Минздрава России от 12.11.2012 № 905н «Об утверждении порядка оказания медицинской помощи населению по профилю «Оториноларингология» (далее – Порядок оказания медицинской помощи);

– Приказ Минздрава России от 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (далее - Номенклатура должностей медицинских работников);

– Приказ Минздрава России от 03.09.2013 № 620н «Об утверждении порядка организации и проведения практической подготовки, обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования» (далее – Порядок проведения практической подготовки);

– Приказ Минздрава России от 08.12.2015 г. № 707н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием по направлению подготовки «Здравоохранение и медицинские науки» (с дополнениями и изменениями) (далее – Квалификационные требования);

– Приказ Минздрава России от 28 октября 2022 г. № 709н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»

1.2. Перечень сокращений

ФЗ – Федеральный закон;

ФГОС ВО – федеральный государственный образовательный стандарт высшего образования;

АОПОП ВО – адаптированная основная профессиональная образовательная программа высшего образования для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

УК – универсальная компетенция;

ОПК – общепрофессиональная компетенция;

ПК – профессиональная компетенция;

з.е. – зачетная единица;

ГИА – государственная итоговая аттестация

Центр Алмазова – Федеральное государственное образовательное учреждение «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации

ЭИОС - Электронная информационно-образовательная среда

ОВЗ – ограниченные возможности здоровья

1.4 Термины и определения

Инклюзивное образование – обеспечение равного доступа к образованию для всех обучающихся с учетом разнообразия особых образовательных потребностей и индивидуальных возможностей.

Инвалид - лицо, которое имеет нарушение здоровья со стойким расстройством функций организма, обусловленное заболеваниями, последствиями травм или дефектами, приводящее к ограничению жизнедеятельности и вызывающее необходимость его социальной защиты.

Обучающийся с ограниченными возможностями здоровья – физическое лицо, имеющее недостатки в физическом и/или психологическом развитии, подтвержденные психолого-медико-педагогической комиссией и препятствующие получению образования без создания специальных условий.

Адаптированная образовательная программа – образовательная программа, адаптированная для обучения лиц с ОВЗ с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и при необходимости обеспечивающая коррекцию нарушений развития и социальную адаптацию указанных лиц.

Индивидуальная образовательная траектория – персональный путь реализации личностного потенциала каждого обучающегося в образовании; в качестве синонимов используются «вариативное обучение», «персонализированное обучение», «индивидуальный образовательный маршрут» и др.

Индивидуальный учебный план – учебный план, обеспечивающий освоение образовательной программы на основе индивидуализации ее содержания с учетом особенностей и образовательных потребностей конкретного обучающегося.

Индивидуальная программа реабилитации или абилитации (ИПР) инвалида – комплекс оптимальных для инвалида реабилитационных мероприятий, включающий в себя отдельные виды, формы, объемы, сроки и порядок реализации медицинских, профессиональных и других реабилитационных мер, направленных на восстановление, компенсацию нарушенных функций организма, формирование, восстановление, компенсацию способностей инвалида к выполнению определенных видов деятельности. ИПР инвалида является обязательной для исполнения соответствующими органами государственной власти, органами местного самоуправления, а также организациями независимо от организационно правовых форм и форм собственности.

Образовательная среда – совокупность социальных, культурных и иных условий, в которых совершается учебная деятельность индивида, а также комплекс образовательных услуг, реально доступных членам данной территориальной общности.

Специальные условия для получения образования – условия обучения, воспитания и развития обучающихся инвалидов и обучающихся с ОВЗ, включающие в себя использование специальных образовательных программ и методов обучения и воспитания, специальных учебников, учебных пособий и дидактических материалов, специальных технических средств обучения коллективного и индивидуального пользования, предоставление услуг ассистента (помощника), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь, проведение групповых и индивидуальных коррекционных занятий, обеспечение доступа в здания организаций, осуществляющих образовательную деятельность, и другие условия, без которых невозможно или затруднено освоение образовательных программ инвалидами и обучающимися с ОВЗ.

Раздел 2. ХАРАКТЕРИСТИКА ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ ВЫПУСКНИКОВ

2.1. Общее описание профессиональной деятельности выпускников:

Области профессиональной деятельности и сферы профессиональной деятельности, в которых обучающиеся, освоившие программу ординатуры (далее – выпускники), могут осуществлять профессиональную деятельность:

01 Образование и наука (в сферах: профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования, в сфере научных исследований);

02 Здравоохранение (в сфере оториноларингологии);

07 Административно-управленческая и офисная деятельность (в сфере здравоохранения, а также в сфере научных исследований).

Выпускники могут осуществлять профессиональную деятельность в других областях профессиональной деятельности и (или) сферах профессиональной деятельности при условии соответствия уровня их образования и полученных компетенций требованиям к квалификации работника.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, АОПОП ВО являются:

- физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет (дети), от 15 до 18 лет (подростки) и в возрасте старше 18 лет (взрослые)
- (законные представители) пациентов;
- совокупность средств и технологий;
- учетно-отчетная документация в организации;
- образовательные программы и образовательный процесс в системе ВО.
- обучающиеся
- образовательные, медицинские и научные организации
- биологические объекты
- базы данных
- нормативные документы,
- медицинские работники

2.2. Типы задач профессиональной деятельности выпускников:

- медицинский;
- научно-исследовательский;
- организационно-управленческий;
- педагогический.

2.3. Перечень профессиональных стандартов, соотнесённых с ФГОС ВО

Перечень ПС, соотнесенных с ФГОС ВО по направлению подготовки, представлен в *Приложении 1*.

Перечень ОТФ и трудовых функций, имеющих отношение к профессиональной деятельности выпускника АОПОП ВО по направлению подготовки (специальности) 31.08.58 Оториноларингология, представлен в *Приложении 2*.

2.4. Перечень основных задач профессиональной деятельности выпускников (по типам):

Область профессиональной деятельности (по Реестру Минтруда)	Типы задач профессиональной деятельности	Задачи профессиональной деятельности	Объекты профессиональной деятельности (или области знания)
01 Образование и наука	Педагогический	Осуществление педагогической деятельности Преподавание по программам профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования	Обучающиеся по программам профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, обучающиеся по дополнительным профессиональным программам; образовательный процесс
		Разработка образовательных программ профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования	образовательные программы профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования; образовательные организации; медицинские организации
	Научно-исследовательский	Анализ научной литературы, проведение статистического анализа, публичное представление полученных результатов; решение отдельных научно-	Физические лица (пациенты, законные представители) пациентов); совокупность средств и технологий; базы данных;

		исследовательских и научно-прикладных задач в области здравоохранения по диагностике, лечению, медицинской реабилитации и профилактике.	медицинская документация; медицинские организации; научные организации; биологические объекты.
02 Здравоохранение	Медицинский	Профилактика, диагностика, лечение заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа; реабилитация пациентов.	физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет (дети), от 15 до 18 лет (подростки) и в возрасте старше 18 лет (взрослые); медицинские организации
	Научно-исследовательский	Проведение прикладных научных исследований в области оториноларингологии; анализ, обобщение и публичное представление результатов выполненных научных исследований; использование лабораторной и инструментальной базы для получения научных данных	Физические лица (пациенты, законные представители) пациентов); совокупность средств и технологий; базы данных; медицинская документация; медицинские организации; научные организации
07 Административно-управленческая и офисная деятельность	Организационно-управленческий	Применение нормативной документации, принятой в здравоохранении (законы Российской Федерации, международные и национальные стандарты, приказы, рекомендации, действующие международные классификации), а также документации для оценки качества и эффективности работы медицинских организаций.	Нормативные документы, совокупность средств и технологий, направленных на оценку качества оказания медицинской помощи; медицинские организации; медицинские работники
		Использование знаний организационной структуры, управленческой и экономической деятельности медицинских организаций различных типов по оказанию медицинской помощи, анализ показателей работы их структурных подразделений оториноларингологического профиля	Нормативные документы, совокупность средств и технологий, направленных на оценку качества оказания медицинской помощи; медицинские организации; медицинские работники
		проведение оценки эффективности современных медико-организационных и социально-экономических технологий при оказании медицинских услуг	Нормативные документы, совокупность средств и технологий, направленных на оценку качества оказания медицинской помощи; медицинские организации; медицинские работники

Раздел 3. ОБЩАЯ ХАРАКТЕРИСТИКА АДАПТИРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ, реализуемой в рамках специальности 31.08.58 Оториноларингология

3.1. Квалификация, присваиваемая выпускникам адаптированной программы ординатуры:

Квалификация, присваиваемая выпускникам адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья – «Врач-оториноларинголог».

Содержание обязательной части АОПОП ВО обеспечивает выпускнику по специальности 31.08.58 Оториноларингология возможность пройти первичную специализированную аккредитацию специалиста в соответствии с Федеральным законом от 21 ноября 2011 г. № 323-ФЗ «Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации» и в порядке, установленном Положением об аккредитации специалистов, утвержденным приказом Министерства здравоохранения Российской Федерации от 28 октября 2022 г. № 709н.

3.2. Объем адаптированной образовательной программы

Объем адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья составляет 120 зачетных единиц (далее – з.е.) вне зависимости от применяемых образовательных технологий, реализации программы ординатуры с использованием сетевой формы, реализации программы ординатуры по индивидуальному учебному плану.

Объем адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, реализуемый за один учебный год, составляет не более 70 з.е. вне зависимости от применяемых образовательных технологий, реализации адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья с использованием сетевой формы, реализации адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по индивидуальному учебному плану (за исключением ускоренного обучения), а при ускоренном обучении – не более 80 з.е.

3.3. Формы обучения

Обучение по адаптированной образовательной программе для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья осуществляется в очной форме.

3.4. Срок получения образования

Срок получения образования по адаптированной образовательной программе для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья вне зависимости от применяемых образовательных технологий в очной форме обучения, включая каникулы, предоставляемые после прохождения государственной итоговой аттестации, составляет 2 года.

При обучении по индивидуальному учебному плану инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее - инвалиды и лица с ОВЗ) срок получения образования может быть увеличен по их заявлению не более чем на 6 месяцев.

При реализации адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья Центр Алмазова при необходимости вправе применять электронное обучение, дистанционные образовательные технологии.

Электронное обучение, дистанционные образовательные технологии, применяемые при обучении инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, предусматривают возможность приема-передачи информации в доступных для них формах.

Реализация адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья с применением исключительно электронного обучения, дистанционных образовательных технологий не допускается.

Реализация практической подготовки обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, осуществляемой в соответствии с Порядком организации и проведения практической подготовки обучающихся по профессиональным образовательным программам медицинского образования, фармацевтического образования, а также проведение государственной итоговой аттестации не допускаются с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

3.5. Государственный язык реализации адаптированной программы ординатуры

Адаптированная программа ординатуры реализуется на государственном языке Российской Федерации - русском языке.

Раздел 4. ПЛАНИРУЕМЫЕ РЕЗУЛЬТАТЫ ОСВОЕНИЯ АДАПТИРОВАННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

4.1. Требования к планируемым результатам освоения адаптированной образовательной программы, обеспечиваемыми дисциплинами (модулями) и практиками обязательной части.

Совокупность результатов освоения адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья определяется приобретаемыми выпускником компетенциями, т.е. его способностями применять знания, умения, навыки и личные качества в соответствии с задачами профессиональной деятельности

В результате освоения адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья у выпускника должны быть сформированы универсальные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции.

Выпускник, освоивший адаптированную образовательную программу для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, должен обладать следующими компетенциями: УК 1-5, ОПК 1-10, ПК 1-6.

4.1.1. Универсальные компетенции выпускников

Таблица 4.1.

Наименование категории компетенций	Код и наименование компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.
		УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.
		УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1. Определяет проблемы проекта и возможные риски.
		УК-2.2. Разрабатывает проект в области медицины и здравоохранения и определять критерии его эффективности.
		УК-2.3. Участвует в реализации проекта, проводит контроль этапов и оценку результатов проекта.
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1. Разрабатывает командную стратегию, организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели
		УК-3.2. Мотивирует и оценивает вклад каждого члена команды в результате коллективной деятельности, организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды.
		УК-3.3. Использует знания основ конфликтологии при разрешении конфликтов внутри команды и разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.
		УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива
		УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровье сбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и способен минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории
		УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории
		УК-5.3. Выстраивает гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда

4.1.2. Общепрофессиональные компетенции выпускников

Таблица 4.2

Наименование категории компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1. Использует медицинские информационные системы (МИС) в профессиональной деятельности, соблюдает правила информационной безопасности
		ОПК-1.2. Использует современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития
		ОПК-1.3. Использует телемедицинские технологии при организации оказания медицинской помощи населению
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни
		ОПК-2.2. Способен планировать организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья.
		ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1. Умеет осуществлять педагогические действия для решения различных профессиональных задач
		ОПК-3.2. Формулирует цели, задачи и планирует результаты обучения, использует средства и методы обучения и воспитания
		ОПК-3.3. Использует педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и проводит осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа
		ОПК-4.2. Знает этиопатогенез, патоморфологию, классификацию, патологические состояния, симптомы, синдромы, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояний и формулирует диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)
		ОПК-4.3. Составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациентов и направляет пациентов на инструментальное и (или) лабораторное обследование, и (или) на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или)	ОПК-5.1. Разрабатывает план лечения и назначает лекарственные препараты медицинские изделия, лечебное питание и (или) немедикаментозное лечение; проводит мониторинг течения заболевания и

состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	корректирует лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
	ОПК-5.2. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения.
	ОПК-5.3. Рекомендует профилактические мероприятия или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1. Составляет план мероприятий медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
	ОПК-6.2. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов, контролирует их эффективность и безопасность в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов
	ОПК-6.3. Направляет пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1. Проводит отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров и выносит медицинские заключения по их результатам
	ОПК-7.2. Определяет признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции слуха, проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов в том числе в составе врачебной комиссии медицинской организации, выдает листки нетрудоспособности
	ОПК-7.3. Подготавливает необходимую медицинскую документацию для экспертизы пациентов и направляет пациентов для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных центрах.
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1. Пропагандирует здоровый образ жизни, профилактику заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа, осуществляет санитарно-просветительную работу, разрабатывает и реализовывает программы формирования здорового образа жизни.
	ОПК-8.2. Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию с целью раннего выявления заболеваний и основных факторов риска, диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями
	ОПК-8.3. Назначает профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартом медицинской помощи и контролирует их соблюдение. Оценивает и контролирует эффективность профилактической работы с населением.

	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1. Составляет план работы и отчет о своей работе.
		ОПК-9.2. Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, анализирует медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения
		ОПК-9.3. Организует деятельность и контролирует выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.
		ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), применяет лекарственные препараты и медицинские изделия.
		ОПК-10.3. Выполняет мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации

4.1.3. Профессиональные компетенции выпускников

Таблица 4.3

Область Сфера профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции
Тип задач профессиональной деятельности: Педагогическая		
Образование и наука - в сфере образования	ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО	ПК-1.1. Способен участвовать в разработке рабочих программ, оценочных и методических материалов по образовательным программам СПО и системы ДПО.
		ПК-1.2. Способен планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий под руководством куратора.
		ПК-1.3. Способен планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов под руководством куратора.
Тип задач профессиональной деятельности: Научно-исследовательский		
Образование и наука - в сфере научных исследований	ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	ПК-2.1. Использует современные компьютерные технологии в работе с профессиональными базами данных
		ПК-2.2. Проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач
		ПК-2.3. Применяет современные компьютерные технологии при представлении результатов новых разработок

		ПК-2.4 Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации
Тип задач профессиональной деятельности: Организационно-управленческая деятельность		
Административно-управленческая и офисная деятельность - в сфере здравоохранения	ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПК-3.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях.
		ПК-3.2. Организует работу структурных подразделений медицинской организации
		ПК-3.3. Применяет требования нормативных правовых актов в области менеджмента медицинской помощи в профессиональной деятельности
Тип задач профессиональной деятельности: Медицинская деятельность		
Здравоохранение - в сфере оториноларингологии	ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза	ПК-4.1. Интерпретирует и анализирует информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа
		ПК-4.2. Оценивает анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа; применяет методы исследования при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи
		ПК-4.3. Интерпретирует и анализирует результаты инструментального и (или) лабораторного обследования, и (или) анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа
		ПК-4.4. Способен применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций
		ПК-4.5. Определяет медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа
		ПК-4.6. Выявляет симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа
	ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	ПК-5.1. Определяет медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций. Разрабатывает план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляциям. Выполняет отдельные этапы или хирургические вмешательства пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Оценивает результаты хирургических вмешательств у пациентов
		ПК-5.2. Способен разработать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи

		ПК-5.3. Способен предотвратить или устранить осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств
	ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	<p>ПК-6.1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-6.2. Определяет медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы</p> <p>ПК-6.3. Назначает слухопротезирование и дает рекомендации по уходу за слухопротезирующими устройствами</p>

Раздел 5. СТРУКТУРА И СОДЕРЖАНИЕ АДАптиРОВАННОЙ ПРОГРАММЫ ОРДИНАТУРЫ

5.1. Основные блоки структуры адаптированной образовательной программы:

Блок 1 «Дисциплины»

Блок 2 «Практика»;

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация»

Содержание адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья включает обязательную (базовую) часть и часть, формируемую участниками образовательных отношений.

Объем обязательной части адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, включая дисциплины (модули) и практики, без учета объема государственной итоговой аттестации, составляет 90 процентов от общего объема программы ординатуры.

Обучающимся инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья обеспечена возможность освоения элективных дисциплин (модулей) и факультативных дисциплин. Факультативные дисциплины не включаются в объем адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья.

Часть адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, формируемая участниками образовательных отношений, направлена на углубление универсальных компетенций и развитие рекомендуемых профессиональных компетенций, определяющих способность выпускника решать специализированные задачи профессиональной деятельности, в том числе в междисциплинарных областях.

В блок 3 «Государственная итоговая аттестация» входит подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена.

В качестве унифицированной единицы измерения трудоемкости учебной нагрузки обучающегося инвалида и лицу с ограниченными возможностями здоровья используется зачетная единица – з.е.

Таблица 5

Структура и объем адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Структура программы ординатуры		Объем в з.е.
Блок 1	Дисциплины (модули)	45
	Обязательная часть, дисциплин	39
	Часть, формируемая участниками образовательных отношений	6
Блок 2	Практика	72
	Обязательная часть	69
	Часть, формируемая участниками образовательных отношений	3
Блок 3	Государственная итоговая аттестация	3
Объем программы ординатуры		120

5.2. Типы практики

Основная цель практик - закрепление теоретических знаний, развитие профессиональных умений и опыта профессиональной деятельности, полученных в процессе обучения, и формирование компетенций через приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач.

В программе ординатуры в блок 2 «Практика» входят следующие типы практик:

- Клиническая практика;
- Научно-исследовательская работа;
- Обучающий симуляционный курс.

Практики, в том числе НИР, реализуются на базе кафедр и научных институтов Центра Алмазова, а также организаций по профилю подготовки согласно заключенным договорам.

Выбор мест прохождения практик для инвалидов и лиц с ОВЗ производится с учетом состояния здоровья обучающихся и требований их доступности для обучающихся и рекомендаций медико-социальной экспертизы, а также индивидуальной программы реабилитации инвалида из Федерального государственного учреждения медико-социальной экспертизы, относительно рекомендованных условий и видов труда.

5.3. Учебный план и календарный учебный график

В учебном плане отображены логическая последовательность освоения дисциплин АОПОП, обеспечивающих формирование компетенций; указана общая трудоемкость дисциплин/практик в зачетных единицах и академических часах, распределённая по курсам обучения с выделением контактной и самостоятельной работы, а также часов практической подготовки по каждому виду учебной деятельности. *Учебный план представлен в Приложении 3.*

Календарный учебный график освоения адаптированной образовательной программы отражающий распределение учебной нагрузки по курсам и периодам обучения до промежуточных аттестаций (включая теоретическое обучение) лекций и отдельно занятий семинарского типа, практики, промежуточные и итоговую аттестации, каникулы) *представлен в Приложении 4.*

5.4. Рабочие программы дисциплин (модулей) и практик

Программы дисциплин и практик разработаны отдельными документами в соответствии с требованиями к результатам освоения основной профессиональной образовательной программы в части индикаторов достижения универсальных и общепрофессиональных компетенций выпускника, а также в части профессиональных компетенций и индикаторов их достижения.

Аннотации рабочих программ и практик, *представленные в Приложении 5*, включают в себя аннотации на базовые обязательные дисциплины и практики, а также аннотации программ на дисциплины и практики, формируемые организацией, как участника образовательных отношений. В *Приложении 6* *представлены* рабочие программы дисциплин и практик с приложениями.

В *Приложении 7* представлена обобщающая матрица осваиваемых компетенций с индикаторами достижения компетенций.

5.5. Оценочные средства

В соответствии с требованиями ФГОС ВО для аттестации обучающихся инвалидов и лиц с ОВЗ на соответствие их персональных достижений требованиям АОПОП ВО для каждого вида учебных занятий разработаны оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации. Оценочные средства для каждой дисциплины и практики содержатся в рабочих программах дисциплин и в программах практик в виде отдельного приложения и являются действенным средством не только оценки, но и обучения.

Фонд оценочных средств для текущего контроля и промежуточных аттестаций включает в себя типовые задания, тесты, контрольные вопросы, ситуационные задачи,

задания на проверку практических навыков и другие оценочные средства, позволяющие оценить знания, умения и уровень приобретенных компетенций и знаний.

Форма проведения текущей и промежуточной аттестации для обучающихся - инвалидов устанавливается с учетом индивидуальных психофизических особенностей (устно, письменно на бумаге, письменно на компьютере, в форме тестирования и т.п.). При необходимости обучающемуся - инвалиду предоставляется дополнительное время для подготовки ответа на зачете.

5.6. Иные компоненты

5.6.1. Программа государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация осуществляется в соответствии с приказом Министерства образования и науки РФ от 18 марта 2016 г. N 227 "Об утверждении Порядка проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистенты-стажировки" (с изменениями и дополнениями) и локальным актом «Положение о проведении государственной итоговой аттестации по основным профессиональным образовательным программам высшего образования – программам ординатуры».

Государственная итоговая аттестация является заключительным этапом освоения основной профессиональной образовательной программы. В ходе государственной итоговой аттестации устанавливается уровень подготовки выпускника высшего учебного заведения к выполнению профессиональных задач и соответствия его подготовки требованиям стандарта. Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена.

Обучающимся инвалидам и лицам с ОВЗ, успешно прошедшим государственную итоговую аттестацию, выдается диплом об окончании ординатуры, подтверждающий получение высшего образования по адаптированной образовательной программе по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Обучающимся инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на итоговой аттестации неудовлетворительные результаты, а также лицам, освоившим часть программы ординатуры и (или) отчисленным из Центра Алмазова, выдается справка об обучении по образцу, установленному Центром Алмазова.

Повторно пройти государственную итоговую аттестацию лицо, не прошедшее итоговую аттестацию, имеет право не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения первой, не пройденной обучающимся.

Обучающемуся инвалиду и лицу с ограниченными возможностями здоровья, не явившемуся на государственную итоговую аттестацию по уважительной причине, подтвержденной документально, предоставляется возможность пройти государственную итоговую аттестацию в течение 6 месяцев после завершения итоговой аттестации.

Для выпускников из числа инвалидов и лиц с ОВЗ государственная итоговая аттестация проводится с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких выпускников.

Центр Алмазова обеспечивает гарантию качества подготовки обучающихся по АОПОП ВО путем:

- мониторинга и периодического рецензирования образовательных программ;
- разработки объективных процедур оценки уровня знаний и умений обучающихся, компетенций выпускников;
- обеспечения компетентности преподавательского состава;
- регулярного проведения самообследования по согласованным критериям для

оценки деятельности (стратегии) и сопоставления с другими образовательными учреждениями;

– информирования общественности о результатах своей деятельности, планах, инновациях.

5.6.2. Рабочая программа воспитания

Рабочая программа воспитания по адаптированной программы ординатуры по направлению подготовки (специальности) 31.08.58 Оториноларингология разрабатывается на период реализации АОПОП ВО и определяет комплекс ключевых характеристик системы воспитательной работы Центра Алмазова, в том числе принципы, цель, задачи, направления, формы, средства и методы воспитания, планируемые результаты.

Рабочая программа воспитания *представлена в Приложение 8.*

5.6.3. Календарный план событий и мероприятий воспитательной направленности

Календарный план событий и мероприятий воспитательной направленности конкретизирует перечень событий и мероприятий, которые организуются и проводятся Центром Алмазова, и (или) в которых субъекты воспитательного процесса принимают участие.

Календарный план событий и мероприятий воспитательной направленности представлен в *Приложении 9.*

Раздел 6. УСЛОВИЯ ОСУЩЕСТВЛЕНИЯ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Требования к условиям реализации адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья включают в себя общесистемные требования, требования к материально-техническому и учебно-методическому обеспечению, требования к кадровым и финансовым условиям реализации программы ординатуры, а также требования к применяемым механизмам оценки качества образовательной деятельности и подготовки обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по адаптированной программе ординатуры.

6.1. Общесистемные требования к реализации адаптированной программы ординатуры

6.1.1. Центр Алмазова располагает на праве собственности (и ином законном основании) материально-техническим обеспечением образовательной деятельности (помещениями и оборудованием) для реализации программы ординатуры по Блоку 1 «Дисциплины (модули)» и Блоку 3 «Государственная итоговая аттестация» в соответствии с учебным планом.

6.1.2. В Центре Алмазова создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья адаптивных образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

Каждый обучающийся инвалид и лицо с ограниченными возможностями здоровья в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к электронной информационно-образовательной среде Организации из любой точки, в

которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее - сеть «Интернет»), как на территории Центра Алмазова, так и вне ее.

Электронная информационно-образовательная среда Центра Алмазова обеспечивает, в том числе:

- доступ к учебным планам, рабочим программам дисциплин (модулей), практик, к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочих программах дисциплин (модулей), программах практик;

- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной аттестации и результатов освоения адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;

- проведение видов занятий, процедур оценки результатов обучения, реализация которых предусмотрена с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий;

- формирование электронного портфолио обучающегося, в том числе сохранение работ обучающегося, рецензий и оценок на эти работы со стороны любых участников образовательного процесса;

- взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе синхронное и (или) асинхронное взаимодействие посредством сети «Интернет».

Функционирование электронной информационно-образовательной среды Центра Алмазова обеспечивается соответствующими средствами информационно-коммуникационных технологий и квалификацией работников, ее использующих и поддерживающих. Функционирование электронной информационно-образовательной среды соответствует Федеральному закону от 27 июля 2006 г. № 149-ФЗ «Об информации, информационных технологиях и о защите информации» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3448; 2020, N 14, ст. 2035) и Федеральному закону от 27 июля 2006 г. N 152-ФЗ «О персональных данных» (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, № 31, ст. 3451; 2020, № 17, ст. 2701).

Центр Алмазова обеспечен необходимым комплектом лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения.

6.2. Материально-техническое и учебно-методическое обеспечение

Для организации образовательного процесса по адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работы обучающихся, предусмотренных учебным планом, и соответствующей действующим санитарным и противопожарным правилам и нормам.

Помещения Центра Алмазова представляют собой учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа, занятий семинарского типа, групповых и индивидуальных консультаций, текущего контроля и промежуточной аттестации, а также помещения для самостоятельной работы и помещения для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования. Помещения укомплектованы специализированной мебелью и оснащены оборудованием и техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации большой аудитории, состав которых определяется в рабочих программах дисциплин (модулей).

Для проведения занятий лекционного типа предлагаются наборы демонстрационного оборудования и учебно-наглядных пособий, обеспечивающие тематические иллюстрации, соответствующие рабочим программам дисциплин (модулей).

Минимально необходимый для реализации программы ординатуры перечень

материально-технического и учебно-методического обеспечения включает в себя в том числе помещения для симуляционного обучения, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать трудовые действия и формировать необходимые навыки для выполнения трудовых функций, предусмотренных профессиональным стандартом, индивидуально.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа к электронной информационно-образовательной среде Центра Алмазова.

Практическая подготовка по программе ординатуры обеспечивается путем участия в осуществлении медицинской (фармацевтической) деятельности в соответствии с программами ординатуры.

Все участники образовательного процесса в Центре Алмазова обеспечены комплектом лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения, состав которого определяется в рабочих программах дисциплин (модулей) и обновляется при необходимости.

Перечень основной и дополнительной учебной литературы, а также методических материалов необходимых для освоения ОПОП представлен в рабочих программах дисциплин (модулей), практик и программе итоговой аттестации. Кроме того, в обучении используются журналы с полнотекстовым доступом с любого компьютера Центра Алмазова издательств Wiley, Springer, и русскоязычных изданий, размещенных на платформе Российской электронной научной библиотеки.

Каждый обучающийся инвалид и лица с ограниченными возможностями здоровья в течение всего периода обучения обеспечен доступом к электронно-библиотечной системе, содержащей издания по основным изучаемым дисциплинам, и сформированной по согласованию с правообладателем учебной и учебно-методической литературой. При этом одновременно имеют индивидуальный доступ к такой системе 100% обучающихся. Электронно-библиотечная система обеспечивает возможность индивидуального доступа, для каждого обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к сети Интернет.

Обучающимся инвалид и лица с ограниченными возможностями здоровья обеспечен доступ (удаленный доступ), в том числе в случае применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, к следующим профессиональным базам данных, информационным справочным и поисковым системам), состав которых определяется в рабочих программах дисциплин (модулей) и подлежит обновлению (при необходимости):

- Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)
- Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)
- ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)
- ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)
- Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)
- Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>
- Поисковые системы Google, Rambler, Yandex (<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)
- Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (<http://www.multitran.ru/>)
- Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)
- Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)
- Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

- Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)
- Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)
- US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)
- Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)
- Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)
- КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)
- Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

Для инвалидов и лиц с ОВЗ, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата, материально-технические условия обеспечивают возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, столовые, туалетные и другие помещения Центра Алмазова, а также пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов и других приспособлений).

Обучающимся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья материально-технические условия обеспечиваются возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, столовые, туалетные и другие помещения Центра Алмазова, а также пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов и других приспособлений).

Для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению создана альтернативная версия официального сайта Центра Алмазова в сети «Интернет» для слабовидящих; предусмотрено размещение в доступных для обучающихся местах и в адаптированной форме (с учетом их особых потребностей) справочной информации о расписании учебных занятий (информация выполнена крупным рельефно-контрастным шрифтом (на белом или желтом (зоне) и продублирована шрифтом Брайля), обеспечена возможность обслуживания в государственной библиотеке для слепых и слабовидящих (Санкт-Петербург, ул. Шамшева, Д-8).

Электронная информационно-образовательная среда обеспечивает одновременный доступ к системе не менее 25 процентов, обучающихся по программе ординатуры.

Обучающиеся из числа инвалидов и лиц с ОВЗ обеспечены печатными и (или) электронными образовательными ресурсами в формах, адаптированных к ограничениям их здоровья.

6.3. Требования к кадровым условиям реализации адаптированной программы ординатуры

Реализация адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья обеспечена научно-педагогическими работниками Центра Алмазова, а также лицами, привлекаемыми к реализации программы ординатуры на иных условиях.

Квалификация научно-педагогических работников Центра Алмазова отвечает квалификационным требованиям, указанным в квалификационных справочниках и (или) профессиональных стандартах.

Не менее 70 процентов численности педагогических работников Центра Алмазова, участвующих в реализации программы ординатуры, и лиц, привлекаемых к реализации программы ординатуры на иных условиях (исходя из количества замещаемых ставок, приведенного к целочисленным значениям), ведут научную, учебно-методическую и (или) практическую работу, соответствующую профилю преподаваемой дисциплины (модуля) и имеют сертификат специалиста или свидетельство об аккредитации специалиста по профилю реализуемой программы ординатуры.

Не менее 10 процентов численности педагогических работников Центра Алмазова, участвующих в реализации программы ординатуры, и лиц, привлекаемых к реализации

программы ординатуры на иных условиях (исходя из количества замещаемых ставок, приведенного к целочисленным значениям), являются руководителями и (или) работниками иных организаций, осуществляющими трудовую деятельность в профессиональной сфере, соответствующей профессиональной деятельности, к которой готовятся выпускники (имеют стаж работы в данной профессиональной сфере не менее 3 лет).

Не менее 65 процентов численности педагогических работников, участвующих в реализации программы ординатуры, и лиц, привлекаемых Центром Алмазова к реализации программы ординатуры на иных условиях (исходя из количества замещаемых ставок, приведенного к целочисленным значениям), имеют ученую степень (в том числе ученую степень, полученную в иностранном государстве и признаваемую в Российской Федерации) и (или) ученое звание (в том числе ученое звание, полученное в иностранном государстве и признаваемое в Российской Федерации).

В числе педагогических работников с ученой степенью доктора наук и (или) ученым званием профессора могут учитываться преподаватели военно-профессиональных и специально-профессиональных дисциплин (модулей) с ученой степенью кандидата наук, имеющие или государственные награды, или государственные (отраслевые) почетные звания, или государственные премии.

Общее руководство научным содержанием программы ординатуры осуществляться штатным научно-педагогическим работником Центра Алмазова, имеющим ученую степень (в том числе ученую степень, полученную в иностранном государстве и признаваемую в Российской Федерации), осуществляющим самостоятельные научно-исследовательские (творческие) проекты по специальности, имеющим ежегодные публикации по результатам указанной научно-исследовательской (творческой) деятельности в ведущих отечественных и (или) зарубежных рецензируемых научных журналах и изданиях, а также осуществляющим ежегодную апробацию результатов указанной научно-исследовательской (творческой) деятельности на национальных и международных конференциях.

6.4. Требования к финансовым условиям реализации адаптированной программы ординатуры.

Финансовое обеспечение реализации программы ординатуры осуществляется в объеме не ниже значений базовых нормативных затрат на оказание государственных услуг по реализации образовательных программ высшего образования – программ ординатуры и значений корректирующих коэффициентов к базовым нормативам затрат, определяемых Министерством науки и высшего образования Российской Федерации.

6.5. Требования к применяемым механизмам оценки качества образовательной деятельности и подготовки обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по адаптированной программе ординатуры.

Качество образовательной деятельности и подготовки обучающихся по адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья определяется в рамках системы внутренней оценки, а также системы внешней оценки, в которой Центр Алмазова принимает участие на добровольной основе.

В целях совершенствования адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова при проведении регулярной внутренней оценки качества образовательной деятельности и подготовке обучающихся по адаптированной программе ординатуры привлекает работодателей и (или) их объединения, иных юридических и (или) физических лиц, включая педагогических работников Центра Алмазова.

В рамках внутренней системы оценки качества образовательной деятельности по адаптированной программе ординатуры обучающимся инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья предоставляется возможность оценивания условий, содержания, организации и качества образовательного процесса в целом и отдельных дисциплин (модулей) и практик.

Внешняя оценка качества образовательной деятельности по адаптированной программе ординатуры в рамках процедуры государственной аккредитации осуществляется с целью подтверждения соответствия образовательной деятельности по адаптированной программе ординатуры требованиям ФГОС ВО.

Внешняя оценка качества образовательной деятельности и подготовки обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по адаптированной программе ординатуры может осуществляться в рамках профессионально-общественной аккредитации, проводимой работодателями, их объединениями, а также уполномоченными ими организациями, в том числе иностранными организациями, либо авторизованными национальными профессионально-общественными организациями, входящими в международные структуры, с целью признания качества и уровня подготовки выпускников отвечающими требованиям профессиональных стандартов (при наличии) и (или) требованиям рынка труда к специалистам соответствующего профиля.

Раздел 7. СПИСОК РАЗРАБОТЧИКОВ

Приложение 1

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Соловьева Анна Михайловна	д.м.н., доцент	Заведующий кафедрой стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Петрова Наталья Николаевна	д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Ищук Татьяна Николаевна	к.м.н.	Доцент кафедры организации, управления и экономики здравоохранения	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Роговая Ольга Геннадьевна	д.пед.н., профессор	Заведующий кафедрой гуманитарных наук	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
5.	Щукина Мария Алексеевна	д.п.н.	Профессор кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
6.	Данилов Иван Николаевич	к.м.н.	Заведующий кафедрой факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
По методическим вопросам				
7.	Овечкина Мария Андреевна	к.м.н.	Заведующий учебно-методическим отделом	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

**Перечень профессиональных стандартов, соотнесенных с федеральным
государственным образовательным стандартом
по направлению подготовки**

№ п/п	Код профессионального стандарта	Наименование области профессиональной деятельности. Наименование профессионального стандарта
1.	02.029	Область профессиональной деятельности – 02 Здравоохранение Профессиональный стандарт " Врач-оториноларинголог ", утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 4 августа 2017 г. N 612н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 25 августа 2017 г., регистрационный N 47967)

Перечень обобщённых трудовых функций и трудовых функций, имеющих отношение к профессиональной деятельности выпускника программ ординатуры по направлению подготовки (специальности) 31.08.58 Оториноларингология

Обобщенные трудовые функции			Трудовые функции		
код	наименование	уровень квалификации	наименование	код	уровень (подуровень) квалификации
А	Оказание медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа	8	Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза	A/01.8	8
			Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	A/02.8	8
			Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	A/03.8	8
			Проведение медицинских освидетельствований и медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	A/04.8	8
			Проведение и контроль эффективности мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни, санитарно-гигиеническому просвещению населения	A/05.8	8
			Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала	A/06.8	8
			Оказание медицинской помощи пациентам в экстренной форме	A/07.8	8

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

АННОТАЦИИ

рабочих программ дисциплин

адаптированной основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы подготовки кадров высшей квалификации
по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
Направленность **Оториноларингология**

Форма обучения: очная
Нормативный срок обучения: 2 года

ФГОС ВО утвержден приказом Министерства науки и высшего образования
Российской Федерации «02» февраля 2022г. № 99

Санкт-Петербург
2023

АННОТАЦИЯ

рабочей программы по дисциплине
«ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

Целью освоения учебной дисциплины является приобретение теоретических знаний о природе заболеваний и (или) патологических состояний уха, горла, носа у пациентов различного возраста, методах их диагностики, современных методах лечения, реабилитации, профилактики и медицинской экспертизы, а также умений и навыков, необходимых для осуществления профессиональной деятельности врача-оториноларинголога в медицинской и организационно-управленческой сферах.

Задачи изучения дисциплины:

1. Углубление фундаментальных медицинских знаний в области оказания специализированной помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе по смежным дисциплинам;
2. Совершенствование знаний анатомии и физиологии уха, горла, носа в норме, изучение этиологии и патогенезе заболеваний и (или) патологических состояний уха, горла, носа, методики осмотра пациентов, современной классификации заболеваний, клинической симптоматике заболеваний и (или) патологических состояний уха, горла, носа;
3. Формирование клинического мышления, совершенствование навыков в проведении диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации и участия в проведении медицинской экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями уха, горла, носа;
4. Формирование умений в освоении новейших технологий и методик в области лабораторных и инструментальных исследований для диагностики заболеваний и (или) патологических состояний уха, горла, носа, навыков определения медицинских показаний к их проведению и интерпретации результатов;
5. Приобретение и совершенствование знаний о принципах консервативного и хирургического лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа; освоение методов хирургического лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа, показаниях и противопоказаниях к хирургическому лечению, а также умений и навыков выполнения отдельных этапов или хирургических вмешательств;
6. Приобретение и совершенствование навыков оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и состояниями уха, горла, носа;
7. Приобретение и совершенствование навыков ведения медицинской документации и организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала;
8. Совершенствование навыков в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Общая трудоемкость составляет 25 ЗЕТ (900 час.)

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Оториноларингология» относится к Блоку 1 «Дисциплины (модули)» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций: УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

- ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
- ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
- ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
- ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
- ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
- ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
- ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
- ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза.
- ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности
- ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов

Разделы изучаемой дисциплины:

- Раздел 1. Анатомия, физиология и патологическая физиология носа, околоносовых пазух; наружного, среднего и внутреннего уха; глотки и гортани. Методы исследования.
- Раздел 2. Заболевания носа и околоносовых пазух.
- Раздел 3. Заболевания глотки, пищевода и шеи.
- Раздел 4. Заболевания гортани и трахеи.
- Раздел 5. Заболевания наружного, среднего и внутреннего уха.
- Раздел 6. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения.
- Раздел 7. Травмы, инородные тела и заболевания носа и придаточных пазух, неотложная помощь при них.
- Раздел 8. Травмы, инородные тела и повреждения уха, неотложная помощь.
- Раздел 9. Травмы, инородные тела и заболевания глотки и пищевода, неотложная помощь.
- Раздел 10. Травмы, инородные тела, заболевания гортани, неотложная помощь.
- Раздел 11. Врачебная и трудовая экспертиза при заболеваниях ЛОР-органов.
- Раздел 12. Сурдология.
- Раздел 13. Фониатрия.
- Раздел 14. Профессиональные заболевания ЛОР-органов.

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа и самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом с оценкой.

АННОТАЦИЯ

рабочей программы по дисциплине
«ПЕДАГОГИКА»

Целью изучения дисциплины «Педагогика» является подготовка высококвалифицированного врача, обладающего системой универсальных, профессиональных психолого-педагогических компетенций, необходимых в профессиональной деятельности врача

для организации профилактической работы с больными, умения проводить учебные занятия со средним и младшим медицинским персоналом, формирования контакта с пациентами и членами их семей.

Задачами освоения дисциплины являются:

1. Освоение ординаторами знаний о современном состоянии и теоретических основах педагогики, ее категорий, закономерностей, принципов организации процесса образования, обучения, воспитания и развития личности.
2. Изучение основ психологической науки, основных категорий, методов, закономерностей психической деятельности.
3. Формирование умений в освоении новейших педагогических технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
4. Формирование компетенций врача в психолого-педагогических вопросах для использования полученных знаний в профессиональной деятельности при контакте с пациентами и членами их семей.

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (72 часов).

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Педагогика» относится к обязательной части Блока 1 «Дисциплины модули» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенции:

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению.

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность.

ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО.

Разделы изучаемой дисциплины:

Раздел 1. Педагогика как наука, её роль в деятельности врача. Современные подходы к организации непрерывного медицинского образования.

Раздел 2. Современные методы и образовательные технологии; их использование в профессиональной деятельности врача.

Раздел 3. Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача.

Раздел 4. Психология как наука.

Предмет и методы психологии. Психические процессы, состояния, свойства.

Психодиагностические методики

Раздел 5. Психологические особенности больного. Индивидуально — психологические особенности. Темперамент, личность, характер. Эмоциональные состояния.

Депрессия, тревога, астения, агрессия.

Раздел 6. Синдром эмоционального выгорания. Признаки эмоционального выгорания.

Стадии эмоционального выгорания. Профилактика.

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа, подготовка реферата и презентации, самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«СОВРЕМЕННЫЕ ИТ- ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Целью изучения дисциплины является формирование у обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями с другими нарушениями здоровья знаний и умений по обработке информации: поиску, получению, очистке, изменению и передаче информации с помощью компьютерных технологий и умение использовать полученные знания на практике.

Задачами освоения дисциплины являются:

1. Понять связь информационных технологий с другими дисциплинами: доказательной медициной, организацией здравоохранения, организацией научно-исследовательских работ, математикой, статистикой;
2. Изучить поиск, получение, очистку, обработку, передачу, распространение, хранение и представление информации с использованием информационных технологий;
3. Получить представление о правовой и информационной защите данных;
4. Освоить информационные основы управления проектами и базами данных; понять процесс документооборота;
5. Овладеть техническими приемами подготовки, оформления и публикации презентаций, докладов, статей; получить знания по основам документооборота;
6. Сформировать начальные элементы технологии автоматизации обработки данных и алгоритмизации задач с помощью программных средств.

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (72 часа).

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Современные ИТ-технологии в здравоохранении» относится к обязательной части Блока 1 «Дисциплины (модули)» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности.

ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности.

Разделы изучаемой дисциплины:

- Раздел 1. Введение в ИТ
- Раздел 2. Процедуры обработки информации
- Раздел 3. Средства обработки информации
- Раздел 4. Защита данных
- Раздел 5. Базы данных
- Раздел 6. Автоматизация обработки данных

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа и самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

Целью изучения дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» является подготовка высококвалифицированного врача, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного к организации оказания медицинской помощи при возникновении массовых поражений среди населения в условиях чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера мирного времени.

Задачами освоения дисциплины являются:

1. Изучение основных положений нормативных документов по организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;
2. изучение задач и организационную структуру Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК);
3. Формирование навыков по организации и порядку проведения эвакуации населения;
4. Изучение основ организации лечебно-эвакуационного обеспечения при возникновении массовых санитарных потерь в результате чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;
5. Изучение характеристики очагов, создаваемых токсичными химическими веществами радиоактивными веществами в районах чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера;
6. Изучение клиники и лечения поражений токсичными химическими веществами и ионизирующими излучениями;
7. Изучение способов и средств защиты населения, больных, медицинского персонала и имущества медицинских учреждений при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера; коллективные и индивидуальные средства защиты, порядок их использования;
8. Изучение медицинских средств профилактики, оказания медицинской помощи и лечения поражений ионизирующими излучениями, токсичными веществами и бактериальными средами;
9. Изучение основ оценки химической и радиационной обстановки;
10. Умение организовывать проведения специальной обработки населения, территории, продуктов питания, воды;
11. Умение осуществлять планирование основных мероприятий по защите населения, больных, медицинского персонала и имущества от поражающих факторов чрезвычайных ситуациях мирного времени;
12. Умение оценивать радиационную и химическую обстановку;
13. Умение использовать медицинские средства защиты;
14. Формирование умений планировать санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очагах поражения;
15. Умение организовывать обучение правилам оказания первой помощи и доврачебной помощи при актуальных видах поражения при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;
16. Изучение методов диагностики и алгоритмов оказания первой помощи при клинической смерти, острых нарушениях проходимости верхних дыхательных путей, наружном кровотечении, скелетной, ожоговой, электро и холодовой травме, судорожном синдроме и острых отравлениях;
17. Умение проводить сердечно-легочную реанимацию при внезапной остановке кровообращения;
18. Умение оказывать первую медицинская помощь пострадавшим при клинической смерти, острых нарушениях проходимости верхних дыхательных путей, наружном кровотечении, скелетной, ожоговой, электро и холодовой травме, судорожном синдроме и острых отравлениях.

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (72 час.).

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Медицина чрезвычайных ситуаций» относится к обязательной части Блока 1 «Дисциплины (модули)» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Разделы изучаемой дисциплины:

Раздел 1. Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера

Раздел 2. Тема 1. Задачи, структура службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях/

Раздел 2. Тема 2. Гражданская оборона Российской Федерации. Медицинские силы гражданской обороны здравоохранения Российской Федерации.

Раздел 2. Тема 3. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. Основные принципы и способы защиты населения в чрезвычайных ситуациях

Раздел 2. Тема 4. Основы организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени

Раздел 2. Тема 5. Организация работы медицинских формирований и организаций в различных режимах функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и гражданской обороны.

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа, подготовка реферата и презентации, самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ

рабочей программы по дисциплине

«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Целью изучения дисциплины является подготовка высококвалифицированного врача, обладающего системой универсальных, профессиональных психолого-педагогических компетенций, необходимых в профессиональной деятельности врача для организации профилактической работы с больными, умения провести учебные занятия со средним и младшим медицинским персоналом, формирования контакта с пациентами и членами их семей.

Задачами освоения дисциплины являются:

1. Сформировать обширный и глубокий объем базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующих профессиональные компетенции врача, способного успешно решать свои профессиональные задачи.
2. Сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего знания смежных дисциплин.
3. Подготовить врача к самостоятельной профессиональной деятельности, способного успешно

решать свои профессиональные задачи: умеющего провести дифференциально-диагностический поиск.

4. Подготовить врача к проведению сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья.
5. Обучить выбору оптимальных путей формирования у населения мотивированного отношения к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих, воспитания элементов здорового образа жизни.
6. Подготовить врача к организации медицинской помощи взрослому и детскому населению, работникам промышленных предприятий и сельским жителям.
7. Обучить врача ведению учетно-отчетной медицинской документации.

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (72 часа).

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение» относится к обязательной части Блоку 1 «Дисциплины (модули) учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК), профессиональных (ПК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях.

Разделы изучаемой дисциплины:

Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ

Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения.

Раздел 3. Биостатистика.

Раздел 4. Экспертиза нетрудоспособности

Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.

Раздел 6. Кадровое обеспечение здравоохранения

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«ПАТОЛОГИЯ»

Цель: подготовка высококвалифицированного врача, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного определить структурно-функциональные закономерности развития и течения типовых патологических процессов и отдельных заболеваний, что необходимых в профессиональной деятельности врача.

Задачи освоения дисциплины:

1. Изучение общих закономерностей развития патологии клеток, органов и систем в организме человека.
2. Формирование умений в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
3. Формирование компетенций врача в вопросах определения признаков типовых патологических процессов и отдельных заболеваний в организме человека.

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (72 часа).

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Патология» относится к обязательной части Блока 1 «Дисциплины (модули)» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ПК-2.4 Способность к проведению анализа научной литературы и публичному представлению медицинской информации

Разделы изучаемой дисциплины:

Раздел № 1 Патологическая анатомия

Тема 1. Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.

Тема 2. Танатогенез. Оформление истории болезни в случае смерти пациента

Тема 3. Правила формулировки посмертного клинического диагноза.

Раздел № 2 Патологическая физиология

Тема 1. Патофизиология заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Тема 2. Патофизиология метаболического обмена или механизмы и причины нарушения обменных процессов в организме.

Тема 3. Патофизиология тканевого (опухолевого) роста. Значение причинно-следственной связи приводящие к опухолевой атипий и онкогенезу.

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа, самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ»

Целью изучения дисциплины является формирование у ординаторов углубленных профессиональных знаний в области инфекционных болезней, изучение теоретических и

методологических основ специальности, широкой фундаментальной подготовки в современных направлениях медицины.

Задачами освоения дисциплины являются:

1. Углубленное изучение этиологии, патогенеза, патоморфологии, клинических форм и вариантов течения инфекционных болезней;
2. Изучение современных методов диагностики инфекционных болезней;
3. Освоение современных принципов и методов лечения инфекционных больных; профилактики инфекционных заболеваний.

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (72 часа).

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Социально значимые инфекции» относится к обязательной части Блока I «Дисциплины (модули)» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им.

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению.

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов (с инфекционным заболеванием)

ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности.

Разделы изучаемой дисциплины:

Раздел 1. Современное понятие социально значимых инфекций

Раздел 2. Вирусные гепатиты: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы

Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов

Раздел 3. Коронавирусная инфекция: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы

Раздел 4. ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, клиническая классификация. Основные принципы терапии больных с ВИЧ-инфекцией

Раздел 5. Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями

Раздел 6. Профилактика социально-значимых заболеваний среди населения

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа, подготовка реферата и презентации и самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ

рабочей программы по дисциплине

«ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ»

Целью изучения дисциплины является формирование у ординаторов углубленных профессиональных знаний в области ранней диагностики и комплексной профилактики злокачественных новообразований и особенностей оказания помощи тяжелобольным людям в домашних условиях и поддержание стремления к жизни.

Задачами освоения дисциплины являются:

1. Формирование обширного и глубокого объема базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующий профессиональные компетенции врача, способного решать свои профессиональные задачи

2. Формирование и совершенствование профессиональной подготовки врача, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующимся в сложной патологии, требующей углубленных знаний в смежных дисциплинах

3. Подготовка специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при urgentных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациента

4. Формирование системы общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу-онкологу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.

5. Освоение навыков клинического обследования и описания кожного статуса пациента с предраковыми новообразованиями кожи.

6. Обучение современным знаниям об эпидемиологии, социальной значимости, этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике меланоцитарных невусов кожи, плоскоклеточного рака кожи, базалиомы, меланомы.

7. Обучение навыкам формулировать предварительный клинический диагноз, выбирать тактику ведения пациента, определять показания к экстренной госпитализации, назначать обследование при наиболее часто встречающихся онкологических заболеваниях кожи

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (72 часа).

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Онкологическая настороженность» относится к обязательной части Блока1 «Дисциплины (модули)» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности

Разделы изучаемой дисциплины:

Тема 1. Онкологические заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства

Тема 2. Онкологические заболевания кроветворной системы. Рак легких.

Тема 3. Онкологическая настороженность в дерматологии

Тема 4. Лучевая диагностика в онкологии

Тема 5. Онкологические заболевания мочеполовой системы

Тема 6. Онкогинекология

Тема 7. Онкологические заболевания головы и шеи

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа и самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ»

Целью освоения учебной дисциплины является формирование профессиональных теоретических и практических навыков и знаний о возможностях методов лучевой диагностики и лечении заболеваний или патологических состояний ЛОР-органов, видах и способах получения изображений, физических основах формирования изображений, влиянии различных видов ионизирующих излучений при лечении новообразований, а также ряда неопухольевых процессов, создающие основу для полноценной дальнейшей подготовки специалиста в освоении последующих дисциплин и в профессиональной деятельности.

Задачи изучения дисциплины:

1. Изучение студентами физических основ ионизирующих и неионизирующих излучений, применяемых для диагностических целей; принципов формирования изображения с помощью различных видов излучений;
2. Изучение методов и принципов обследования пациента лучевыми методами;
3. Изучение нормальной лучевой анатомии человека;
4. Оценка состояния пациента на основании получения статических и динамических картин;
5. Формирование у студентов основ клинического мышления на основании анализа лучевых изображений;
6. Формирование профессиональных навыков обследования пациента с применением лучевых методов исследования, для выявления симптомов и синдромов основных заболеваний органов и систем.
7. Изучение принципов радиационной онкологии, клинико-биологических основ лучевого лечения опухолей, реакции организма на лечебное лучевое воздействие.

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (72 час.)

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Лучевая диагностика в оториноларингологии» относится к Блоку 1, Части, формируемой участниками образовательных отношений, блоку «Обязательная часть» учебного плана специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных(УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.

ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности

ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза

Темы изучаемой дисциплины:

Раздел 1. Основы рентгенологических исследований.

Раздел 2. Лучевая диагностика заболеваний головы и шеи.

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа и самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«СЛУХОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

Цель изучения дисциплины: формирование компетенций, необходимых для осуществления профессиональной деятельности, включая диагностику нарушений слуха, методы лечения заболеваний среднего и внутреннего уха, методы реабилитации и абилитации пациентов сурдологического профиля, в том числе с использованием достижений в области медицины и фармации и критического анализа профессиональных источников информации.

Задачи изучения дисциплины:

1. Изучение методов исследования слуховой функции, дифференциальная диагностика нарушений слуха.
2. Реализация системного подхода и критического анализа учебной и научной литературы по специальности для разработки алгоритма лечения заболеваний среднего и внутреннего уха и проведения мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с нарушениями слуха, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (72 час.)

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Слуховая реабилитация» относится к Блоку 1, Части, формируемой участниками образовательных отношений, блоку «Элективные дисциплины. Профессиональный модуль»

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных(УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

- ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза
- ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности
- ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов

Разделы изучаемой дисциплины:

- Раздел 1. Методы исследования слухового анализатора
- Раздел 2. Лечение и реабилитация пациентов с тугоухостью
- Раздел 3. Слухопротезирование. Кохлеарная имплантация.

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа и самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«ВЕСТИБУЛОПАТИИ»

Целью освоения учебной дисциплины является формирование компетенций, необходимых для осуществления профессиональной деятельности, включая диагностику нарушений вестибулярной функции, методы лечения заболеваний периферического отдела вестибулярной системы, методы реабилитации пациентов с вестибулопатией периферического генеза, в том числе с использованием

достижений в области медицины и фармации и критического анализа профессиональных источников информации.

Задачи изучения дисциплины:

1. Изучение методов исследования вестибулярной функции, дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся головокружением.
2. Реализация системного подхода и критического анализа для разработки алгоритма лечения заболеваний периферического отдела вестибулярной системы.
3. Проведение мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с головокружением, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (72 час.)

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Вестибулопатии» относится к Блоку 1, Части, формируемой участниками образовательных отношений, блоку «Элективные дисциплины. Профессиональный модуль».

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных(УК) и профессиональных (ПК) компетенций:

ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза

ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности

ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов

Темы изучаемой дисциплины:

Раздел 1. Клиническая анатомия и физиология вестибулярной системы.

Раздел 2. Методы исследования вестибулярного аппарата.

Раздел 3. Диагностика и лечение острого вестибулярного синдрома.

Раздел 4. Диагностика и лечение эпизодического вестибулярного синдрома.

Раздел 5. Диагностика и лечение хронического вестибулярного синдрома.

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа и самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ

рабочей программы по дисциплине
«ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»

Цель изучения дисциплины: формирование представлений о психосоматических нарушениях, критериях их диагностики, факторах и механизмах формирования, а также роли врача в профилактике психосоматических нарушений.

Задачи изучения дисциплины:

1. Познакомить с содержанием и задачами дисциплины «Психосоматика» в системе медицинских и психологических наук.
2. Рассмотреть основные теории и модели психосоматики и их значение для лечебной практики.
3. Развивать клиническое видение и понимание возникновения психосоматических нарушений, понимание роли врача в профилактике психосоматических расстройств.

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (72 час.).

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Основы психосоматики» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1 модуля «Элективные дисциплины. Общепрофессиональный модуль» учебного плана.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) компетенций:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Темы изучаемой дисциплины:

Тема 1 Общие представления о психосоматических расстройствах.

Тема 2. Психосоматические теории и модели.

Тема 3. Психологическая адаптация к болезни.

Тема 4. Роль врача в профилактике психосоматических расстройств.

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа, подготовка реферата и презентации, самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ

рабочей программы по дисциплине «ОСНОВЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ»

Целью изучения дисциплины «Основы перинатальной психологии» является подготовка высококвалифицированного врача, обладающего системой универсальных компетенций, необходимых в профессиональном взаимодействии врача с пациентами и членами их семей в период планирования и вынашивания беременности, в родовом и послеродовом периоде.

Задачи изучения дисциплины:

1. Освоение ординаторами знаний о современном состоянии и теоретических основах перинатальной психологии.

2. Рассмотрение принципов организации процесса этичного взаимодействия с пациентами гинеколога-акушерского профиля и членами их семей в период планирования и вынашивания беременности, в родовом и послеродовом периоде.

3. Формирование умений конструктивного профессионального общения врача с коллегами при курировании пациентов гинеколога-акушерского профиля.

4. Психологическая подготовка ординаторов к профессиональному взаимодействию с пациентами и членами их семей в трудных перинатальных ситуациях, в том числе при перинатальной потере.

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (72 час.).

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Основы перинатальной психологии» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1 модуля «Элективные дисциплины. Общепрофессиональный модуль» учебного плана.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) компетенций:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Темы изучаемой дисциплины:

Тема 1. Перинатальная психология как область психологии и перинатологии
Тема 2. Динамика психического развития системы «мать-дитя»
Тема 3. Особенности патологического развития системы «мать-дитя»
Тема 4. Взаимодействие врача с родителями в ситуации перинатальной потери

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа, подготовка реферата и презентации, самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ

рабочей программы по дисциплине «ОСНОВЫ ОНКОПСИХОЛОГИИ»

Цель изучения дисциплины: формирование представлений об основах, целях, принципах онкопсихологии и приобретение опыта использования методов конструктивного взаимодействия в практической деятельности врача с человеком в ситуации онкологического заболевания (пациент, родственник пациента).

Задачи изучения дисциплины:

1. Сформировать представление о теоретических основах и принципах онкопсихологии.
2. Рассмотреть особенности восприятия болезни человеком в ситуации онкологического заболевания.
3. Изучить этапы психологической адаптации человека в ситуации онкологического заболевания.
4. Рассмотреть принципы и приемы конструктивного взаимодействия врача с человеком в ситуации онкологического заболевания и его родственниками.
5. Познакомить ординаторов с методами психологической профилактики вторичной травматизации при работе с онкологическими пациентами

Общая трудоемкость составляет **2 ЗЕТ (72 час.)**.

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Основы онкопсихологии» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1 модуля «Элективные дисциплины. Общепрофессиональный модуль» учебного плана.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) компетенций:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Темы изучаемой дисциплины:

Тема 1. Введение в онкопсихологию.

Тема 2. Психология онкологического пациента. Особенности восприятия онкологического заболевания.

Тема 3. Взаимодействие с родственниками пациента.

Тема 4. Психологическая профилактика вторичной травматизации врача при работе с онкологическими пациентами.

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа, подготовка реферата и презентации, самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ

рабочей программы по дисциплине
«ПАТОЛОГИЯ»

Цель: подготовка высококвалифицированного врача, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного определить структурно-функциональные закономерности развития и течения типовых патологических процессов и отдельных заболеваний, что необходимых в профессиональной деятельности врача.

Задачи освоения дисциплины:

1. Изучение общих закономерностей развития патологии клеток, органов и систем в организме человека.

2. Формирование умений в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.

3. Формирование компетенций врача в вопросах определения признаков типовых патологических процессов и отдельных заболеваний в организме человека.

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (72 часа).

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Патология» относится к обязательной части Блока 1 «Дисциплины (модули)» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ПК-2.4 Способность к проведению анализа научной литературы и публичному представлению медицинской информации

Разделы изучаемой дисциплины:

Раздел № 1 Патологическая анатомия

Тема 1. Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.

Тема 2. Танатогенез. Оформление истории болезни в случае смерти пациента

Тема 3. Правила формулировки посмертного клинического диагноза.

Раздел № 2 Патологическая физиология

Тема 1. Патофизиология заболеваний сердечно-сосудистой системы.

Тема 2. Патофизиология метаболического обмена или механизмы и причины нарушения обменных процессов в организме.

Тема 3. Патофизиология тканевого (опухолевого) роста. Значение причинно-следственной связи приводящие к опухолевой атипий и онкогенезу.

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа, самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
«РУССКИЙ ЯЗЫК И КУЛЬТУРА РЕЧИ»

Целью изучения дисциплины является **изучения дисциплины:** формирование коммуникативной компетентности у обучающихся иностранных граждан на основе взаимосвязанного обучения аспектам языка и видам речевой деятельности для достижения уровня владения русским языком, обеспечивающего успешное освоение образовательной программы подготовки врача-специалиста.

Задачами освоения дисциплины являются:

1. Формирование знаний о русском языке у иностранного гражданина в соответствии с фонетическим, морфологическим, синтаксическим минимумами первого сертификационного уровней.

2. Формирование и развитие навыков владения специальной лексикой, обязательным для активного профессионального общения, а также принципов культуры речи.

3. Формирование и развитие навыков владения ситуативно-тематическим минимумом (интенции, ситуации, разговорные темы) с учетом сферы повседневного общения и социально-культурной сферы, соответствующим общему владению русским как иностранным.

4. Формирование и развитие коммуникативных умений и навыков в соответствии с требованиями к общему владению основными видами речевой деятельности.

Общая трудоемкость составляет 2 ЗЕТ (72 часа).

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Русский язык и культура речи» относится к факультативной части учебного плана.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК):

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Разделы изучаемой дисциплины:

Тема 1 Вводная лекция.

Тема 2. Аудирование

Тема 3. Лексика и грамматика

Тема 4. Говорение

Тема 5. Чтение

Тема 6. Письмо

Тема 7. Развитие речи

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа, подготовка реферата и презентации и самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ
рабочей программы по дисциплине
**«ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ФОРМИРОВАНИЕ
КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА»**

Целью изучения дисциплины является подготовка высококвалифицированного врача, обладающего профессиональными компетенциями, необходимыми в профессиональной деятельности врача для осуществления консультативной работы с пациентами, умения провести сбор жалоб и анамнеза на первичном приёме врача, формирования контакта с пациентами и членами их семей.

Задачами освоения дисциплины являются:

1. Освоение ординаторами знаний о современном состоянии и теоретических основах психологии общения и конфликта, её основных понятий, а также принципов организации процесса продуктивного межличностного взаимодействия в системе «врач — пациент».
2. Формирование умений в установлении психологического контакта с пациентом и построении продуктивного межличностного взаимодействия в системе «врач — пациент».
3. Формирование навыков пациент-ориентированного общения с пациентом с целью установления предварительного диагноза
4. Формирование компетенций врача в вопросах общения с пациентом, сбора жалоб и анамнеза, для использования полученных знаний в профессиональной деятельности.

Общая трудоемкость составляет 1 ЗЕТ, (36 час.)

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача» относится к факультативной части учебного плана.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальной компетенции:

УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.

Разделы изучаемой дисциплины:

Раздел 1. Психологические аспекты лечебного процесса.

Раздел 2. Психология конфликта

Раздел 3. Психология общения

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа, подготовка реферата и презентации и самостоятельная работа.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

АННОТАЦИИ

рабочих программ практик

адаптированной основной профессиональной образовательной программы высшего образования –
программы подготовки кадров высшей квалификации
по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
Направленность **Оториноларингология**

Форма обучения: очная
Нормативный срок обучения: 2 года

ФГОС ВО утвержден приказом Министерства науки и высшего образования
Российской Федерации «02» февраля 2022г. № 99

Санкт-Петербург
2023

АННОТАЦИЯ
рабочей программы практики
«КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»

Цель: закрепление теоретических знаний по оториноларингологии, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-оториноларинголога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач медицинского, организационно-управленческого, педагогического и научно-исследовательского типов.

Задачи освоения практики:

1. Закрепление фундаментальных медицинских знаний в области оказания специализированной помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа.
2. Формирование клинического мышления, совершенствование навыков в проведении диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации и участия в проведении медицинской экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями уха, горла, носа.
3. Закрепление знаний и приобретение навыков консервативного и хирургического лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа; освоение методов хирургического лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа, показаниях и противопоказаниях к хирургическому лечению, а также умений и навыков выполнения отдельных этапов или хирургических вмешательств.
4. Совершенствование навыков оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа.
5. Совершенствование навыков ведения медицинской документации и организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
6. Совершенствование навыков в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Общая трудоемкость составляет 66 ЗЕТ (2376 час.)

Место практики в структуре образовательной программы:

Вид практики «Клиническая практика» относится к обязательной части Блока 2 «Практики» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Изучение данной учебной практики направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

- УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.
- УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению.
- УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.
- ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.
- ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
- ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
- ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
- ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза

ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности

ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов

Содержание практики:

В программе практики предусмотрены:

- Осмотр и диагностика заболеваний ЛОР-органов
- Обучение работе с медицинской документацией
- Навык работы с персоналом структурного подразделения медицинской организации.
- Освоение методик исследования и лечения носа и околоносовых пазух
- Освоение методик исследования и лечения наружного, среднего и внутреннего уха
- Освоение методик исследования и лечения глотки
- Освоение методик исследования и лечения гортани, трахеи и пищевода.
- Освоение методики оказания помощи пациентам при неотложных состояниях
- Освоение особенностей медицинских экспертиз
- Освоение методов, принципов и показаний медицинской реабилитации

Виды контроля:

Текущий контроль - наблюдение руководителя практики и заполнение дневника практики.

Промежуточный контроль - отчёт по практике, заданий на демонстрацию навыков, тестовые задания, ситуационные задачи.

Виды оценочных средств: контрольные вопросы, задания на демонстрацию умений и навыков, тестовые задания, ситуационные задачи.

Освоение программы заканчивается **зачётом с оценкой.**

АННОТАЦИЯ

рабочей программы по практике «ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»

Цель изучения практики «Обучающий симуляционный курс»: подготовка высококвалифицированного врача-оториноларинголога, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного к организации оказания медицинской помощи, оказывать неотложную и реанимационную помощь.

Задачи освоения практики:

1. сформировать умение проводить сердечно-легочную реанимацию при внезапной остановке кровообращения;

2. сформировать умение оказывать первую медицинскую помощь пострадавшим при клинической смерти, острых нарушениях проходимости верхних дыхательных путей, наружном кровотечении, скелетной, ожоговой, электро и холодовой травме, судорожном синдроме и острых отравлениях;

3. освоить и применять алгоритм осмотра пациента в критическом состоянии (ABCDE). Управление командой в критической ситуации (CRM);

4. освоить и применять алгоритм диагностики и лечения шоков. Умение оценить и интерпретировать данные физикальных исследований;

5. сформировать умения проведения диагностики, мониторинга и терапии острого коронарного синдрома на догоспитальном этапе и в стационаре, а также диагностики и терапии кардиогенного шока, отека легких, жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма;

6. освоить и применять алгоритм диагностики и неотложной помощи при коматозных состояниях различной этиологии: диабетические комы, острые нарушения мозгового кровообращения, черепно-мозговая травма, острые отравления и интоксикации;

7. освоить и применять алгоритм расширенных реанимационных мероприятий в зависимости от регистрируемого сердечного ритма;

8. сформировать практический навык выполнения аспирационной биопсии и биопсии костного мозга, пункции лимфоидных образований, спинномозговой пункции, плевральной пункции для диагностики, дифференциальной диагностики и лечения ряда гематологических заболеваний;

9. сформировать и совершенствовать профессиональную подготовку врача- гематолога, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего знания смежных дисциплин, знающего алгоритм оказания неотложной и реанимационной помощи.

Общая трудоемкость составляет 3 ЗЕТ (108 часов).

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Практика «Обучающий симуляционный курс» относится к обязательной части Блока 2 «Практики» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология

Выпускник, освоивший программу ординатуры практики «Обучающий симуляционный курс», должен обладать следующими универсальными, общепрофессиональными и профессиональными компетенциями:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Разделы изучаемой дисциплины:

Раздел 1. Общеврачебные навыки и экстренная медицинская помощь

Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь

Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки

Виды учебной работы: практические занятия с использованием симуляционной техники, самостоятельная работа.

Форма контроля: контрольные вопросы, тестовые задания и задания на демонстрацию умений и навыков.

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ

рабочей программы практики

«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА»

Цель: формирование способности к участию в научно-исследовательской деятельности на основе полученных научных и практических знаний.

Задачи:

1. Развитие профессионального научно-исследовательского мышления, формирование четкого представления об основных профессиональных задачах и способах их решения;
2. Формирование умения планировать научно-исследовательскую работу;
3. Формирование умения осуществлять научно-исследовательскую работу при решении профессиональных задач с использованием современных методов исследования, современной аппаратуры и вычислительных средств;
4. Ведение библиографической работы по выполняемой теме с привлечением современных информационных технологий и проведение обработки и анализа полученных данных;
5. Обеспечение способности критического подхода к результатам собственных исследований, готовности к профессиональному самосовершенствованию и развитию творческого потенциала и профессионального мастерства.

Общая трудоемкость составляет 3 ЗЕТ (108 час.).

Место практики в структуре образовательной программы:

Вид практики «Научно-исследовательская работа» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 2 «Практики» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность

ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО

ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности

Разделы практики:

1. Планирование научной работы. Обоснование актуальности темы научного исследования. Формулирование цели и задач исследования. Утверждение темы и научного руководителя НИР на заседании кафедры.

2. Организация и выполнение научного исследования. Взаимодействие с другими специалистами по отбору пациентов для проведения НИР (формирование групп пациентов).

3. Выполнение научного исследования. Предварительный анализ полученных данных.

4. Проведение сравнительного анализа с результатами других методов исследования согласно цели и задачам НИР.

5. Статистическая обработка и критический анализ полученных результатов в ходе выполнения НИР с использованием современных информационных технологий.

6. Выполнение научного исследования. Отчёт по текущим результатам НИР. Написание тезисов, статей по теме НИР, публикация в профильных журналах.

7. Подготовка и выступления с докладами на различных конференциях, форумах. Систематизация и обобщенный анализ, полученной в ходе НИР информации.

8. Формулирование заключения и выводов по результатам НИР. Подготовка текста курсовой работы.

Виды контроля:

Текущий контроль - заполнение дневника практики, отчёт по практике с мультимедийной презентацией.

Промежуточный контроль - курсовая работа.

Освоение программы заканчивается: курсовой работой.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
 федеральное государственное бюджетное учреждение
 «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
 Министерства здравоохранения Российской Федерации
 (ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование направленности)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1,2
Занятия лекционного типа	36 час.
Занятия семинарского типа	556 час.
Всего аудиторной работы	592 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	254 час.
Контроль	54 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет /зачет с оценкой/зачет с оценкой
Общая трудоемкость дисциплины	900/25 (час. /зач. ед.)

Рабочая программа дисциплины «Оториноларингология» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 99 от 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач- оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Петрова Наталья Николаевна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Соловьева Анна Михайловна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа «Оториноларингология» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Рабочая программа «Оториноларингология» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Рабочая программа дисциплины Оториноларингология разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология, с учётом профессионального стандарта и трудовыми функциями, сферами и видами будущей профессиональной деятельности врача-оториноларинголога (профессиональный стандарт «Врач-оториноларинголог», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 4 августа 2017г., № 612н).

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: приобретение теоретических знаний о природе заболеваний и (или) патологических состояний уха, горла, носа у пациентов различного возраста, методах их диагностики, современных методах лечения, реабилитации, профилактики и медицинской экспертизы, а также умений и навыков, необходимых для осуществления профессиональной деятельности врача-оториноларинголога в медицинской и организационно-управленческой сферах.

Задачи изучения дисциплины:

1. Углубление фундаментальных медицинских знаний в области оказания специализированной помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе по смежным дисциплинам;
2. Совершенствование знаний анатомии и физиологии уха, горла, носа в норме, изучение этиологии и патогенезе заболеваний и (или) патологических состояний уха, горла, носа, методики осмотра пациентов, современной классификации заболеваний, клинической симптоматике заболеваний и (или) патологических состояний уха, горла, носа;
3. Формирование клинического мышления, совершенствование навыков в проведении диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации и участия в проведении медицинской экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями уха, горла, носа;
4. Формирование умений в освоении новейших технологий и методик в области лабораторных и инструментальных исследований для диагностики заболеваний и (или) патологических состояний уха, горла, носа, навыков определения медицинских показаний к их проведению и интерпретации результатов;
5. Приобретение и совершенствование знаний о принципах консервативного и хирургического лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа; освоение методов хирургического лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа, показаниях и противопоказаниях к хирургическому лечению, а также умений и навыков выполнения отдельных этапов или хирургических вмешательств;
6. Приобретение и совершенствование навыков оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;
7. Приобретение и совершенствование навыков ведения медицинской документации и организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала;
8. Совершенствование навыков в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Оториноларингология» относится к Блоку 1 «Дисциплины (модули)» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология, в его обязательную часть.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана: «Педагогика», «Медицина чрезвычайных ситуаций и основы военного дела», «Общественное здоровье и здравоохранение», «Микробиология». «Социально значимые инфекции».

Дисциплина обеспечивает изучение последующих дисциплин учебного плана: «Лучевая диагностика в оториноларингологии», «Слуховая реабилитация», «Неотложная помощь в оториноларингологии», «Вестибулопатии», «Офтальмология в оториноларингологии», «Стоматология в оториноларингологии», «Основы психосоматики», «Основы перинатальной психологии», «Основы онкопсихологии».

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Знает: - возрастные особенности ЛОР органов, норму и патологию; - методы критического анализа и оценки достижений в области медицины и фармации; - методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях; - профессиональные источники информации: учебную и научную литературу, нормативные документы; профессиональные базы данных, интернет-ресурсы, необходимые в рамках специальности	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П
		УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	Умеет: - анализировать информацию с целью повышения профессиональной квалификации, при подготовке к публичному представлению материала; - определять качество информации в научных публикациях с позиций доказательной медицины; - использовать в работе профессиональные источники информации.	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П

		УК-1.3. Использует методы и темного анализа достижений в ицины и фармации для их в профессиональном контексте.	Владеет: - навыками поиска информации и критического анализа профессиональной литературы; - навыками анализа эффективности методов диагностики и лечения с позиций доказательной медицины; - методами сравнительного системного анализа информации источников	
--	--	--	---	--

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, Д-устный доклад, П-презентация и др.*

Общепрофессиональные компетенции

Тип задач профессиональной деятельности - Медицинская деятельность

Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и проводит осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	Знает: - этиопатогенез, патоморфологию, классификацию заболеваний ЛОР органов; - патологические состояния, симптомы, синдромы, - дифференциальную диагностику, - особенности течения, осложнения и исходы заболеваний;	КВ, СЗ, ТЗ, ПН
	ОПК-4.2. Знает этиопатогенез, патоморфологию, классификацию, патологические состояния, симптомы, синдромы, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояний и формулирует диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)	- порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, - Международную классификацию болезней (МКБ); - основные методы лабораторных и инструментальных обследований, показания к их назначению, - правила интерпретации полученных результатов.	
	ОПК-4.3. Составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациентов и направляет пациентов на	Умеет: - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни; - проводить осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - составлять план обследования пациента и интерпретирует полученные результаты; - устанавливать причинно-следственную связь между воздействием каких-либо факторов и состоянием здоровья; - определять клиническую картину основных заболеваний; - пользоваться МКБ для постановки диагноза; - применять лабораторные и инструментальные методы исследований и интерпретировать полученные результаты;	

	<p>инструментальное и (или) лабораторное обследование, и (или) на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>- оценивать результаты выполненных исследований, в том числе вспомогательных (лучевых, функциональных, лабораторных)</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками клинического осмотра и основ пропедевтики заболеваний; - методами дифференциальной диагностики при постановке диагноза; - навыками установления диагноза с учетом действующей МКБ; - правилами интерпретации полученных результатов при лабораторном и инструментальном обследовании пациентов; - навыками обеспечения безопасности диагностических манипуляций. 	
<p>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>ОПК-5.1. Разрабатывает план лечения и назначает лекарственные препараты медицинские изделия, лечебное питание и (или) немедикаментозное лечение; проводит мониторинг течения заболевания и корректирует лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ОПК-5.2. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения.</p> <p>ОПК-5.3. Рекомендует профилактические мероприятия или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий,</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - показания и противопоказания к назначению медикаментозных, немедикаментозных, хирургических методов лечения; - механизмы действия лекарственных препаратов и проблемы совместимости лекарственных средств; - побочные действия и осложнения диагностических и лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов, хирургических вмешательств; - методы обезболивания, требования асептики и антисептики - принципы и методы оказания первичной, специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разрабатывать обоснованный комплексный план лечения с учетом возраста и пола, особенностей клинической картины заболевания: назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание; - анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий и оценивать эффективность и безопасность их применения; - определять медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций; - разрабатывать план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляциям; - выполнять медицинские вмешательства, отдельные этапы и хирургические вмешательства при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; - оценить эффективность проводимого лечения; - корректировать назначенное лечение, предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств. <p>Владеет:</p>	<p>КВ, СЗ, ТЗ, ПН</p>

	немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств	- принципами применения клинических рекомендаций, протоколов и современных методов лечения заболеваний; - методами оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при лечении пациентов	
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ОПК-6.1. Составляет план мероприятий медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Знает: - основы медицинской реабилитации, механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм; - методы медицинской реабилитации; - медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; - критерии оценки качества реабилитационного процесса - медицинские показания для назначения и проведения санаторно-курортного лечения.	КВ, СЗ, ТЗ
	ОПК-6.2. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов, контролирует их эффективность и безопасность в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов	Умеет: - определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации; - разрабатывать план реабилитационных мероприятий; - применять различные формы и методы реабилитации пациентов; - определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения; - оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации.	
	ОПК-6.3. Направляет пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Владет: - навыками проведения мероприятий по медицинской реабилитации; - навыками оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации.	
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов	ОПК-7.1. Проводит отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических	Знает: - порядок выдачи листков нетрудоспособности;	КВ, СЗ, ТЗ

медицинскую экспертизу	медицинских осмотров и выносит медицинские заключения по их результатам	- порядки проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров; - медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов.	
	ОПК-7.2. Определяет признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции слуха, проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов в том числе в составе врачебной комиссии медицинской организации, выдает листки нетрудоспособности	Умеет: - проводить отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров и выносить медицинские заключения по их результатам; - определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции слуха; - выдавать листки нетрудоспособности; - при необходимости направить пациентов на медико-социальную экспертизу.	
	ОПК-7.3. Подготавливает необходимую медицинскую документацию для экспертизы пациентов и направляет пациентов для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных центрах.	Владеет: - навыками определения признаков временной и стойкой нетрудоспособности и проведения экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности, включая оценку состояния пациента, функциональных нарушений, прогноза и трудоспособности; - навыками направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности для прохождения медико-социальной экспертизы - навыками формулировки медицинских заключений по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров	
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	ОПК-8.1. Пропагандирует здоровый образ жизни, профилактику заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа, осуществляет санитарно-просветительную работу, разрабатывает и реализовывает программы формирования здорового образа жизни.	Знает: - порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов; - принципы диспансерного наблюдения; - формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ; - основы здорового образа жизни, методы его формирования; - вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний.	КВ, -П, Д
	ОПК-8.2. Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию с целью раннего выявления заболеваний и основных факторов риска, диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями	Умеет: - осуществлять санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний; - разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ;	
	ОПК-8.3. Назначает профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской	- проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии;	

	<p>помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартом медицинской помощи и контролирует их соблюдение.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней; - проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции; - назначать профилактические мероприятия пациентам. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками формирования программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ; - навыками назначения профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартом медицинской помощи - навыками контроля соблюдения профилактических мероприятий; - навыками определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней - навыками оформления и направления в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания; - навыками проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний; - навыками оценки эффективности профилактической работы с пациентами. 	
<p>ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ОПК-9.1. Составляет план работы и отчет о своей работе.</p> <p>ОПК-9.2. Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, анализирует медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения</p> <p>ОПК-9.3. Организует деятельность и контролирует выполнение должностных обязанностей находящегося в</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правила оформления медицинской документации, в том числе в электронном виде; - правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; - методику проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, смертности; - принципы организации деятельности и должностные обязанности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять план работы и отчет о своей работе; - вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; - анализировать медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности; - использовать в работе информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»; - осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в 	<p>КВ, ТЗ</p>

	распоряжении среднего медицинского персонала	распоряжении среднего медицинского персонала. Владеет: - навыками использования медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; - навыками использования в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну; - навыками организации деятельности и управления командой подчиненных; - навыками контроля выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала - методами обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.	
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной помощи медицинскими состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.	Знает: - методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); - клинические признаки состояний, представляющих угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания); - методы оказания первой помощи при неотложных состояниях, направленные на поддержание жизненно важных функций организма человека. Умеет: - диагностировать состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти; - оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни; - осуществлять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации. Владеет: - навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания); - навыками оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти.	КВ, СЗ, ТЗ
	ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), применяет лекарственные препараты и медицинские изделия.		
	ОПК-10.3. Выполняет мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации		

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, Д-устный доклад, П-презентация и др.*

Профессиональные компетенции

Тип задач профессиональной деятельности - Медицинская деятельность

Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
<p>ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза.</p>	<p>ПК-4.1. Интерпретирует и анализирует информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа у пациентов в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях; - возрастные анатомо-физиологические особенности ЛОР органов; - этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) патологических состояний уха, горла, носа; - порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; - стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; - методику сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - методику осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - методы лабораторных и инструментальных исследований для диагностики заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации результатов; - патологические изменения уха, горла, носа; - профессиональные заболевания и (или) состояния уха, горла, носа; - заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, требующие направления пациентов к врачам-специалистам - заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме; - заболевания и (или) состояния иных органов и систем, сопровождающиеся изменениями со стороны уха, горла, носа; - симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - Международную классификацию болезней (МКБ-10). <p>Умеет:</p>	<p>КВ, СЗ, ТЗ, ПН</p>
	<p>ПК-4.2. Оценивает анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа; применяет методы исследования при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>		
	<p>ПК-4.3. Интерпретирует и анализирует результаты инструментального и (или) лабораторного обследования, и (или) анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p>		
	<p>ПК-4.4. Способен применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания</p>		

	<p>медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций</p>	<ul style="list-style-type: none"> - собрать и проанализировать информацию о состоянии уха, горла, носа пациента (жалобы, анамнез, оториноларингологический осмотр); - оценивать анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях; - применять методы при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: <ul style="list-style-type: none"> - комплекс стандартного оториноларингологического обследования; - риноскопия, задняя риноскопия; - фарингоскопия; - ларингоскопия (непрямая и прямая); - отоскопия; - пальцевое исследование глотки; - ольфактометрия; - исследование функции носового дыхания; - основные аудиологические и вестибулометрические тесты; - комплекс специфического обследования (эндоскопическая ревизия полости носа, носоглотки и околоносовых пазух, эндоскопия уха, микроскопия уха, горла, носа, стробоскопия); - основные этапы диагностики, в том числе дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний, доброкачественных и злокачественных опухолей, травматических повреждений и аномалий развития уха, носа и околоносовых пазух, глотки, гортани и трахеи, горла; - комплекс обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа при внутричерепных, внутриглазничных и внечерепных осложнениях, а также при профессиональных болезнях; - интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими 	
	<p>ПК-4.5. Определяет медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p>		
	<p>ПК-4.6. Выявляет симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p>		

		<p>рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none">- интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;- обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи;- интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;- выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;- применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций;- определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;- выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none">- навыками сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;- навыками осмотра пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;- правилами формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;- правилами направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- правилами направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями	
--	--	---	--

		(протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - правилами направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи.	
ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	ПК-5.1. Определяет медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций. Разрабатывает план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляциям. Выполняет отдельные этапы или хирургические вмешательства пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Оценивает результаты хирургических вмешательств у пациентов	Знает: - порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «Оториноларингология»; - стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях уха, горла, носа; - клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и травмами уха, горла, носа; - современные методы лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в оториноларингологии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла и носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - медицинские показания для назначения слухопротезирования и методы коррекции слуха;	КВ, СЗ, ТЗ, ПН
	ПК-5.2. Способен разработать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	- принципы и методы хирургического лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - манипуляции при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные;	
	ПК-5.3. Способен предотвратить или устранить осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и	- способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;	

	<p>непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств</p>	<ul style="list-style-type: none"> - медицинские изделия, в том числе хирургический инструментарий, расходные материалы, применяемые при хирургических вмешательствах, манипуляциях на ухе, горле, носе; - методы обезболивания в оториноларингологии; - требования асептики и антисептики; - принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе, в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разрабатывать план лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий - оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - назначать медицинские изделия и лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - разрабатывать план подготовки пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к хирургическому вмешательству или манипуляциям; - выполнять медицинские вмешательства, отдельные этапы и хирургические вмешательства при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа: <ul style="list-style-type: none"> - анемизация слизистой полости носа (нижнего и среднего носового хода) с применением навивных зондов; - прижигание кровотокающего сосуда в полости носа; - передняя и задняя тампонады полости носа; - первичная хирургическая обработка ран уха, горла и носа; - вскрытие фурункула и карбункула носа; - вскрытие гематомы и абсцесса перегородки носа; - удаление инородных тел носа;
--	---	---

		<ul style="list-style-type: none"> - пункция верхнечелюстных пазух носа; - внутриносовая блокада; - ультразвуковая, радиоволновая, лазерная дезинтеграция носовых раковин; - вазотомия нижних носовых раковин; - подслизистая резекция носовых раковин; - подслизистая резекция перегородки носа; - репозиция костей носа; - отслойка слизистой оболочки перегородки носа при рецидивирующих носовых кровотечениях; - операция на верхнечелюстной, лобной пазухах и клетках решетчатого лабиринта; - трепанопункция лобной пазухи; - туалет полости носа больным после ринохирургических вмешательств; - промывание лакун небных миндалин и туширование задней стенки глотки; - вскрытие паратонзиллярного абсцесса; - вскрытие заглочного, боковоглочного абсцессов; - аденотомия; - тонзиллотомия; - тонзилэктомия; - удаление инородных тел глотки и носоглотки; - вскрытие флегмоны шеи; - удаление инородных тел гортани; - вскрытие абсцесса надгортанника; - промывание аттика; - парацентез барабанной перепонки и шунтирования барабанной полости; - промывание аттика; - пункция и вскрытие отогематомы; - обработка ушной раковины при ожогах и обморожениях; - вскрытие фурункула наружного слухового прохода; - удаление инородного тела наружного слухового прохода; - остановка ушных кровотечений; - антропункция - анротомия; - радикальная (общеполостная) операция на ухе; - туалет наружного слухового прохода методом кюретажа и ирригации; - туалет наружного слухового прохода и перевязка пациентов после отохирургических вмешательств; - туалет среднего уха больным с мезотимпанитом; - продувание слуховых труб по Политцеру; - катетеризация слуховых труб;
--	--	---

		<ul style="list-style-type: none">- забор материала из уха, горла, носа и смежных областей для бактериологического, цитологического, гистологического методов исследования (в том числе проведение тонкоигольчатой биопсии);- разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- проводить мониторинг заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения;- оказывать медицинскую помощь пациентам при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи:<ul style="list-style-type: none">- остановка кровотечения из уха, горла, носа;- восстановление дыхания пациента при угрожающих жизни нарушениях дыхания через верхние дыхательные пути (ротоглотка, гортань);- удаление инородного тела из уха, горла, носа;- оказание неотложной помощи при травмах уха, горла, носа;- оказание неотложной помощи при ожогах и обморожениях уха, горла, носа;- оказание неотложной помощи при гнойно-воспалительных процессах, в том числе абсцессах, флегмонах уха, горла, носа;- оказание неотложной помощи при развитии внутричерепных и орбитальных осложнений заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none">- правилами разработки плана лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- правилами назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- правилами назначения немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, гирудотерапии пациентам с
--	--	--

		<p>заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>-навыками выполнения отдельных этапов или хирургических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <p>- навыками оценки результатов хирургических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа.;</p> <p>- профилактикой или лечением осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств;</p> <p>- правилами оказания медицинской помощи при неотложных состояниях у пациентов, в том числе, в чрезвычайных ситуациях, с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа:</p> <ul style="list-style-type: none"> -остановка кровотечения из уха, горла, носа; -восстановление дыхания пациента при угрожающих жизни нарушениях дыхания через верхние дыхательные пути (ротоглотка, гортань); -удаление инородного тела из уха, горла, носа; -оказание неотложной помощи при травмах уха, горла, носа; -оказание неотложной помощи при ожогах и обморожениях уха, горла, носа; -оказание неотложной помощи при гнойно-воспалительных процессах, в том числе при абсцессах, флегмонах уха, горла, носа; <p>-оказание неотложной помощи при развитии внутричерепных и орбитальных осложнений заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа</p>	
<p>ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных</p>	<p>ПК-6.1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа; - методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа; - медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа; 	<p>КВ, СЗ, ТЗ, ПН</p>

программ реабилитации и абилитации инвалидов	медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	- механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;	
	ПК-6.2. Определяет медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы	- медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; - медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов;	КВ, СЗ, ТЗ, ПН
	ПК-6.3. Назначает слухопротезирование и дает рекомендации по уходу за слухопротезирующими устройствами	- показания и противопоказания для назначения слухопротезирующих устройств, методы ухода за ними - способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа; - медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов, требования к оформлению медицинской документации. Умеет: - определить возможность продолжения профессиональной деятельности пациента; - организовывать диспансеризацию, реабилитацию пациентов; - оформить надлежащим образом медицинскую документацию; - определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов; - разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов; - разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с ЛОР заболеваниями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов; - проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов; - определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного	КВ, СЗ, ТЗ, ПН

		<p>лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов;</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное ЛОР заболеваниями, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы; - оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов; - назначать слухопротезирование и давать рекомендации по уходу за слухопротезирующими устройствами. <p>Владет:</p> <ul style="list-style-type: none"> -навыками составления плана мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - навыками проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; - правилами направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - навыками оценки эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. 	
--	--	--	--

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки*

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1 Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах			
	ВСЕГО	Курс 1		Курс 2
		ПА № 1	ПА № 2	ПА № 3
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	592	194	216	182
Из них:				
Занятия лекционного типа	36	14	12	10
Занятия семинарского типа	556	180	204	172
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	254	94	81	79
Промежуточная аттестация – зачет / зачет с оценкой / зачет с оценкой	54	-	27	27
Общая трудоемкость дисциплины	Час. З.е.	900 25	288 8	324 9
Из них на практическую подготовку		352	122	143
				87

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

4.2 Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего
	Занятия лекционного типа	Практические занятия		
Курс 1 __ Промежуточная аттестация №1				
Раздел 1. Анатомия, физиология и патологическая физиология носа, околоносовых пазух; наружного, среднего и внутреннего уха; глотки и гортани. Методы исследования.	2	20	12	34
Раздел 2. Заболевания носа и околоносовых пазух.	2	36	20	58
Раздел 3. Заболевания глотки, пищевода и шеи.	2	36	20	58
Раздел 4. Заболевания гортани и трахеи.	2	28	12	42
Раздел 5. Заболевания наружного, среднего и внутреннего уха.	4	36	18	58
Раздел 6. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения.	2	24	12	38
ВСЕГО за ПА 1	14	180	94	288
Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 2				
Раздел 7. Травмы, инородные тела и заболевания носа и придаточных пазух, неотложная помощь при них.	2	48	20	70

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего
	Занятия лекционного типа	Практические занятия		
Раздел 8. Травмы, инородные тела и повреждения уха, неотложная помощь.	2	52	20	74
Раздел 9. Травмы, инородные тела и заболевания глотки и пищевода, неотложная помощь.	4	52	20	76
Раздел 10. Травмы, инородные тела, заболевания гортани, неотложная помощь.	4	52	21	77
Зачёт с оценкой				27
ВСЕГО за ПА 2	12	204	81	324
Курс 2 __ Промежуточная аттестация № 3				
Раздел 11. Врачебная и трудовая экспертиза при заболеваниях ЛОР-органов.	2	40	18	60
Раздел 12. Сурдология.	2	52	25	79
Раздел 13. Фонология.	4	40	18	62
Раздел 14. Профессиональные заболевания ЛОР-органов.	2	40	18	60
Зачёт с оценкой				27
ВСЕГО за ПА 3	10	172	79	288
ИТОГО	36	568	242	900

4.3 Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 1__ Промежуточная аттестация № 1						
Раздел 1. Анатомия, физиология и патологическая физиология носа, околоносовых пазух; наружного, среднего и внутреннего уха; глотки и гортани. Методы исследования.						
1	1.1. Особенности топографической анатомии носа и околоносовых пазух (ОНП). Физиология носа и ОНП. Патологическая физиология носа и ОНП. Современные методы исследования	1	Особенности топографической анатомии и оперативная хирургия лицевого скелета применительно к оториноларингологии. Физиология и патологическая физиология носа и ОНП. Эндоскопические методы исследования ЛОР органов. Исследование полости носа. Оптическая эндоскопия носа. Передняя активная риноманометрия. Акустическая ринометрия. Исследование ОНП с помощью оптических средств (микроскоп, специальные оптические средства). Аллергологическое обследование больных с патологией носа и ОНП. Исследование слизи из носа и пазух. Кожно-аллергические пробы с небактериальными и бактериальными аллергенами.	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
2	1.2 Особенности топографической анатомии и оперативная хирургия глотки, гортани, пищевода. Современные методы исследования.	1	Особенности топографической анатомии и оперативная хирургия глотки, гортани, пищевода и трахеи. Современные методы исследования глотки, гортани и пищевода. Верхняя трахеобронхоскопия под местным и общим обезболиванием, нижняя трахеобронхоскопия, показания к применению. Стробоскопия, физические и физиологические основы метода. Типы стробоскопов: механические, электронные. Значение этого метода, в ранней диагностике опухолей гортани. Эзофагоскопия. Эзофагоскопия под местным и общим обезболиванием. Показания и противопоказания. Эзофаготонкимографическое исследование, методы регистрации, расшифровка эзофаготонкимограмм. Радиоизотопное исследование. Слепое бужирование.	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
3	1.3. Особенности топографической анатомии и оперативной хирургии уха.	2	Особенности топографической анатомии и оперативной хирургии уха. Физиология слухового анализатора. Физиология вестибулярного анализатора. Патологическая физиология. Современные методы исследования: Тональная пороговая	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН

	Физиология слухового и вестибулярного анализаторов.		аудиометрия, надпороговая аудиометрия. Значение надпороговых тестов. Шумовая, речевая аудиометрия. Игровая аудиометрия. ЭЭГ- аудиометрия. Электронистагмография.			
Раздел 2. Заболевания носа и околоносовых пазух.						
4	2.1 Диагностика и лечение острых и хронических заболеваний носа.	1	Ринит. Этиология, классификация острых и хронических ринитов. Диагностика, лечение, профилактика. Деформация наружного носа, искривление перегородки носа. Симптоматика, диагностика, лечение.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
5	2.2 Диагностика и лечение острых и хронических заболеваний околоносовых пазух.	1	Острый и хронический синусит. Этиология, симптоматика, классификация, диагноз. Консервативное и хирургическое лечение. Расстройство обоняния. Профилактика.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
Раздел 3. Заболевания глотки, пищевода и шен.						
6	3.1 Диагностика и лечение заболеваний глотки.	1	Аденоиды. Аденоидит. Ангина. Классификация ангин. Ангины при инфекционных заболеваниях: дифтерии, кори, скарлатине; ангина при заболеваниях крови. Диагностика и дифференциальная диагностика. Эпидемические мероприятия. Лечение. Острый и хронический фарингит. Клиника, диагностика, лечение. Хронический тонзиллит. Классификация. Диагностика. Лечение: консервативное, хирургическое. Нагноительные заболевания глотки. Флегмонозная ангина, паратонзиллярный абсцесс, заглоточный абсцесс, окологлоточный абсцесс. Диагностика, лечение, осложнения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6		КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
7	3.2 Диагностика и лечение заболеваний пищевода и шеи.	1	Сочетанные заболевания с другими органами и системами.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
Раздел 4. Заболевания гортани и трахеи.						
8	4.1 Диагностика и лечение заболеваний гортани.	1	Острый ларингит. Этиология, классификация, клиника, принципы лечения. Дифтерия гортани, подскладочный ларингит, острый ларингит при кори, скарлатине. Острый аллергический ларингит. Травматический перихондрит гортани. Флегмонозный ларингит. Причины, классификация, профилактика, лечение. Парезы и параличи гортани, диагноз, лечение. Функциональные нарушения голоса – фонастения. Диагностика, лечение. Функциональные нарушения речи – логоневроз. Принципы лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН

9	4.2 Диагностика и лечение заболеваний трахеи.	1	Трахеит. Диагностика, принципы лечения. Новообразования трахеи. Диагностика, принципы лечения. Непроходимость верхних дыхательных путей. Диагностика, первая помощь. Трахеостомия.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
Раздел 5. Заболевания наружного, среднего и внутреннего уха.						
10	5.1 Диагностика и лечение воспалительных заболеваний уха.	1	Воспалительные заболевания наружного уха. Грибковый наружный отит. Острый средний отит: катаральный, экссудативный, гнойный Особенности течения острого среднего отита и мастоидита у детей раннего возраста. Хронический гнойный средний отит. Причины. Клиника. Классификация. Клиника, течение, прогноз, лечение мезотимпанита. Особенности клиники эпитимпанита. Диагностика. Лечение эпитимпанита. Типы операций на ухе: saniрующие и слухоулучшающие. Парез и паралич лицевого нерва: диагностика, клиника, лечение. Острый и хронический лабиринтит. Классификация лабиринтитов: ограниченный и диффузный, серозный, гнойный	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
11	5.2 Диагностика и лечение невоспалительных заболеваний уха.	1	. Аэроотит. Диагностика. Методы лечения. Профилактика. Мастоидит. Причины. Клиника. Диагностика. Лечение. Негнойные заболевания уха. Адгезивный средний отит. Клиника, диагностика. Лечение — консервативное, хирургическое. Принципы слухоулучшающих операций на ухе. Понятие о тимпанопластике. Отосклероз. Этиология, диагностика. Принципы хирургического лечения. Стапедопластика. Острая сенсоневральная тугоухость. Причины заболевания. Клиника, диагностика, лечение. Хроническая сенсоневральная тугоухость. Причины, клиника, диагностика, лечение. Слухопротезирование. Сурдологическая помощь населению РФ. Лабиринтопатия. Болезнь Меньера. Диагностика, лечение.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
Раздел 6. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения.						
12	6.1 Отогенные внутричерепные осложнения	1	Отогенные внутричерепные осложнения: экстрадуральный абсцесс, перисинуозный абсцесс, тромбоз синуса, отогенный сепсис, абсцесс мозга и мозжечка, серозный и гнойный лептоменингит. Причины, клиника, диагностика. Современные методы диагностики. Лечение, профилактика внутричерепных осложнений.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН

13	6.2 Риногенные внутричерепные осложнения	1	Осложнения синусита: внутриглазничные, внутричерепные, бронхолегочные. Современные методы диагностики. Лечение, профилактика внутричерепных осложнений.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
Всего за ПА № 1 - 14 часов						
Курс 1__ Промежуточная аттестация № 2						
Раздел 7. Неотложные состояния и экстренная помощь в оториноларингологии						
14	7.1 Травмы, инородные тела и заболевания носа. Неотложная помощь.	1	Инородные тела носа. Травмы наружного носа. Носовое кровотечение: этиология, источники, клиника, способы остановки.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
15	7.2 Травмы, инородные тела и заболевания придаточных пазух.	1	Инородные тела ОНП. Травмы ОНП.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
Раздел 8. Травмы, инородные тела и повреждения уха, неотложная помощь.						
16	Травмы, инородные тела и повреждения уха, неотложная помощь.	2	Инородные тела наружного и среднего уха. Механические, термические травмы наружного, среднего и внутреннего уха. Кровотечение и ликворея уха.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
Раздел 9. Травмы, инородные тела, повреждения глотки и пищевода, неотложная помощь.						
17	Травмы, инородные тела и заболевания глотки, неотложная помощь.	2	Инородные тела, травмы носо-, рото-, гортаноглотки.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
18	Травмы, инородные тела и заболевания пищевода, неотложная помощь.	2	Инородные тела пищевода: этиология, клиника, диагностика, удаление. Осложнения инородных тел пищевода. Техника эзофагоскопии. Химические ожоги глотки и пищевода. Рубцовый стеноз пищевода.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
Раздел 10. Травмы, инородные тела, повреждения гортани, трахеи, неотложная помощь.						
19	Травмы, инородные тела и заболевания гортани.	2	Стеноз гортани: этиология, классификации, клиника, тактика лечения, медикаментозное дестенозирование. Инородные тела гортани: виды, клиника, ургентная терапия. Механическая, химическая, термическая травма.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10,	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН

				ПК-4, ПК-5, ПК-6		
20	Травм, инородные тела и заболевания трахеи.	2	Стеноз трахеи: этиология, классификации, клиника, тактика лечения, медикаментозное дестенозирование. Трахеостомия: показания, виды, техника. Коникотомия. Инородные тела трахеи, бронхов: виды, клиника, ургентная терапия. Механическая, химическая, термическая травма.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
Всего за ПА №2 - 12 часов						
Курс 2 Промежуточная аттестация № 3						
Раздел 11. Врачебная и трудовая экспертиза при заболеваниях ЛОР-органов.						
21	Врачебная и трудовая экспертиза при заболеваниях ЛОР-органов.	2	Теоретическая основа врачебной и трудовой экспертизы при заболеваниях ЛОР-органов. Основы профилактики. Классификация нетрудоспособности при заболеваниях уха и верхних дыхательных путей. Методы определения временной нетрудоспособности. Временная, стойкая нетрудоспособность. Причины инвалидности (общая, профессиональная, трудовое увечье, военная травма). Группы инвалидности. Экспертное заключение и показания к трудоустройству ЛОР больных. Работа экспертных комиссий.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
Раздел 12. Сурдология.						
22	12.1 Методы исследования слуховой функции.	1	Исследование слуха речью. Камертоналная акуметрия. Тональная пороговая аудиометрия. Тональная надпороговая и речевая аудиометрия. Ультразвуковая аудиометрия. Исследование слуха в расширенном диапазоне частот. Исследование бинаурального слуха. Объективные методы исследования слуха. Акустическая импедансометрия. Игровая аудиометрия. Компьютерная аудиометрия. Электрокохлеография. Исследование функции вестибулярного анализатора. Исследование статического и динамического равновесия. Исследование спонтанного и позиционного нистагма. Исследование оптокинетического нистагма. Исследование рецепторов полукружных каналов. Калорическая проба: моно-, би-, политермальная. Вращательная проба по методике Барани. Купулометрия. Прессорная проба. Методы исследования отолитового аппарата. Отолитовая реакция по Воячеку.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
23	12.2 Методы лечения и реабилитации пациентов сурдологического профиля. Слухопротезирование. Реабилитация после слухопротезирования.	1	Инвалидность и реабилитация лиц с нарушением слуха. Современные технологии реабилитации. Слухопротезирование. Виды протезирования.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
Раздел 13. Фониатрия.						

24	13.1 Заболевания голосового аппарата.	2	Нарушение голоса (дисфония) при заболеваниях носа и околоносовых пазух, при заболеваниях глотки, при заболеваниях бронхолегочного аппарата, при заболеваниях других органов и систем.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
	13.2 Методы диагностики заболеваний голосового аппарата.	1	Непрямая ларингоскопия. Прямая ларингоскопия. Показания к применению этого метода. Стробоскопия, физические и физиологические основы метода. Типы стробоскопов: механические, электронные. Акустический анализ голоса.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
25	13.3 Основы вокальной и речевой фонетики.	1	Гигиена певческого и речевого голоса. Гигиена голоса детей и подростков. Физиоаэрозольная терапия	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
Раздел 14. Профессиональные заболевания ЛОР-органов.						
26	14.1 Профессиональные вредности.	1	Общие представления о профессиональных вредностях. Профессиональные факторы: токсико-химические факторы, биологические, термические, барометрические и колебательные. Психоэмоциональное напряжение. Военная профпатология.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
27	14.2 Действие вредных профессиональных факторов на орган слуха и вестибулярный анализатор.	1	Профессиональная сенсоневральная тугоухость. Воздействие шума на орган слуха. Клиническая картина профессиональных нарушений слуха, возникающих при действии шума. Действие сверхсильных звуков на слуховой и вестибулярный анализаторы. Клиническая картина острой звуковой травмы. Действия вибраций и ускорения на слуховой и вестибулярный анализаторы. Влияние токсико-химических факторов производства на заболевания уха. Сочетанное действие шума, вибрации и ускорений на орган слуха и равновесия. Профилактика профессиональных нарушений слуха и равновесия.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
Всего за ПА № 3 - 10 часов						
ИТОГО – 36 час.						

Формы проведения занятий лекционного типа: лекции

** Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, Д-устный доклад, Р- реферат, П-презентация и др.*

4.4 Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП ** (%.)	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1 Промежуточная аттестация № 1							
Раздел 1. Анатомия, физиология и патологическая физиология носа, околоносовых пазух; наружного, среднего и внутреннего уха; глотки и гортани.							
Методы исследования.							
1	семинар	Клиническая топографическая анатомия лицевого черепа.	4	50%	Лицевой череп: глазницы, наружный и внутренний нос, околоносовые пазухи, ротовая полость. Топографические особенности этих отделов. Мышцы головы (свода черепа, лица, околоушной и височной областей, затылка). Кровоснабжение: система наружной и внутренних сонных артерий. Синусы твердой мозговой оболочки: синусы крыши черепа и синусы основания. Венозная система. Особенности оттока крови из областей носа, околоносовых пазух. Лимфатическая система головы, локализация лимфатических узлов, особенности оттока лимфы от носа и ОНП.	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д
2	семинар	Клиническая топографическая анатомия носа и околоносовых пазух (ОНП).	4	50%	Наружный нос. Полость носа: носовые ходы, раковины, носовая перегородка, особенности ее кровоснабжения и иннервации, сообщения с околоносовыми пазухами. Топографические взаимоотношения с полостью черепа, рта, глазницами, крылонёбными ямками. Околоносовые пазухи: верхнечелюстные, лобные, основные, решетчатый лабиринт. Возрастные особенности носа и ОНП. Строение слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, кавернозные сплетения. Кровоснабжение, иннервация, лимфоотток, региональные лимфатические узлы. Строение обонятельного анализатора. Микроструктура обонятельного эпителия.	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д
3	Практическое занятие	Физиология носа и ОНП. Патологическая физиология носа и ОНП. Методы исследования носа и околоносовых пазух.	4	70%	Физиология носа и околоносовых пазух. Дыхательная функция. Транспортная функция мерцательного эпителия. Полость носа как рефлексогенная зона. Значение для организма нарушения носового дыхания. Обонятельная функция. Понятие о запахе и обонятельной чувствительности. Теории обоняния. Эндоскопические методы исследования носа и околоносовых пазух. Исследование дыхательной функции носа. Пункция верхнечелюстных пазух через нижний и средний носовые ходы. Трепанопункция лобных пазух.	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

					Исследование околоносовых пазух носа с помощью оптических средств. Аллергологическое обследование больных с патологией носа и околоносовых пазух. Способы рентгенологического исследования носа и околоносовых пазух. Интерпретация рентгенограмм.		
4	Практическое занятие	Клиническая анатомия и оперативная хирургия головы, шеи. Топографическая анатомия глотки, пищевода, гортани, трахеи.	4	50%	Топографическая анатомия шеи, клетчаточные пространства. Мышечный аппарат глотки и гортани, связочный аппарат. Особенности кровоснабжения: система наружной и внутренних сонных артерий, анастомозы между этими системами. Венозная система. Лимфатическая система глотки и гортани. Границы и области шеи, межфасциальные пространства шеи. Топография шейного сосудисто-нервного пучка, шейного сплетения, возвратного нерва. Глотка, ее отделы. Возрастные особенности. Строение стенок глотки. Развитие и строение миндалин. Лимфаденоидное глоточное кольцо. Паратонзиллярное и парафарингеальное пространства. Гортань. Возрастные особенности. Парные и непарные хрящи гортани. Мышцы и связки гортани. Васкуляризация и иннервация гортани. Строение слизистой оболочки гортани. Пути оттока лимфы. Региональные лимфатические узлы. Пищевод. Возрастные особенности. Строение стенки пищевода в верхнем, среднем и нижнем отделах. Кровоснабжение и иннервация. Сужения пищевода, их клинические значения. Трахея. Бронхиальное дерево. Васкуляризация и иннервация. Пути лимфооттока. Региональные лимфатические узлы.	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д
5	Практическое занятие	Физиология глотки, гортани, пищевода и трахеи. Патологическая физиология глотки, гортани, пищевода и трахеи. Методы исследования глотки, пищевода, гортани, и трахеи	4	50%	Физиология глотки. Физиология пищевода. Глотание: три фазы акта глотания. Запираательный механизм. Механизм движения пищи по пищеводу (твердой, жидкой). Физиология гортани. Дыхательная, защитная, голосообразовательная функции гортани. Эндоскопические методы исследования глотки. Осмотр кожных покровов передних и боковых отделов шеи, пальпация. Исследование вкусовой чувствительности. Исследование функции глотания и функции мягкого нёба. Исследование гортани, трахеи и бронхов. Наружный осмотр кожных покровов шеи и грудной клетки. Пальпация, определение пассивной подвижности гортани и симптома «хруста хрящей гортани». Непрямая ларингоскопия. Прямая ларингоскопия.	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
6	семинар	Клиническая анатомия и оперативная хирургия наружного, среднего и внутреннего уха.	4	50%	Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия головы применительно к оториноларингологии. Череп. Мозговой череп, передняя, средняя и задняя черепные ямки, их содержимое. Основание черепа и его отверстия. Мышцы головы (свода черепа, лица, околоушной и височной областей, затылка).	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П,

					<p>Кровоснабжение: система наружной и внутренних сонных артерий правой и левой сторон, анастомозы между этими системами. Синусы твердой мозговой оболочки: синусы крыши черепа и синусы основания.</p> <p>Лицевой нерв: топография первого нейрона, ядер лицевого нерва в продолговатом мозге; типы параличей.</p> <p>Топография тройничного, блуждающего и глазодвигательного нервов.</p> <p>Ухо. Возрастные особенности уха. Топографическая анатомия, кровоснабжение и иннервация. Среднее ухо. Барабанная полость, ее стенки и содержимое, лабиринтная стенка, ход лицевого нерва, слуховая труба. Сосцевидный отросток. Строение слизистой оболочки среднего уха. Кровоснабжение и иннервация.</p> <p>Внутреннее ухо. Костный и перепончатый лабиринты. Слуховой анализатор: кортиева (спиральный) орган, спиральный узел, улитковый нерв, ядра, корковый центр.</p> <p>Вестибулярный анализатор: его рецепторы в мешочках преддверия и ампулах полукружных каналов. Строение отолитового рецептора и ампулярного рецептора.</p>		
7	Практическое занятие	Физиология и патологическая физиология слухового анализатора. Методы исследования уха, слуховой функции.	4	70%	<p>Звукопроводящий и звуковоспринимающий отделы слухового анализатора. Механизм передачи звуковых колебаний, понятие об импедансе звукопроводящего аппарата. Воздушная и костная (тканевая) звукопроводимость. Физиология слухового анализатора. Понятие о звуке как адекватном раздражителе слухового анализатора. Характеристики звука. Теория слуха.</p> <p>Адаптация, маскировка, утомление, ототопика в горизонтальной и вертикальной плоскостях. Музыкальный абсолютный слух.</p> <p>Исследование наружного уха. Осмотр ушной раковины, наружного отверстия слухового прохода и сосцевидного отростка. Пальпация области сосцевидного отростка. Отоскопия — особенности ее проведения у взрослых и детей.</p> <p>Отоскопия с применением оптических средств: воронки Зигле, лупы и операционного микроскопа.</p> <p>Исследование функции слуховых труб. Определение дренажной функции. - Продувание ушей по Политцеру, катетеризация.</p> <p>Способы рентгенологического исследования височной кости. Чтение рентгенограмм и компьютерных томограмм. Данные при мастоидите, остром и хроническом отитах.</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
8	Практическое занятие	Физиология и патологическая физиология вестибулярного анализатора. Методы исследования уха и	4	70%	<p>Физиология вестибулярного анализатора. Понятие об адекватных раздражителях отолитового аппарата и полукружных каналов. Законы Эвальда. Вращательный и калорический нистагм, прессиорный и гальванический нистагм. Другие виды нистагма.</p> <p>Функции рецепторов преддверия. Тормозная функция коры головного мозга на рефлексы вестибулярного анализатора. Кортикальная регуляция вестибулярной</p>	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

		вестибулярной функции.			функции. Исследование вестибулярного анализатора. Выявление спонтанного нистагма. Позиционный нистагм. Выявление рефлексов на мышцы конечностей и туловища. Вращательная проба. Калорическая проба. Компрессионно-аспирационная проба. Электронистагмография. Исследование отолитовой функции. Значение этой реакции в проведении профессионального отбора.		
Раздел 2. Заболевания носа и околоносовых пазух.							
9	клиническое занятие	Диагностика и лечение острых заболеваний носа.	4	70%	Острые заболевания носа. Острый ринит, ринит при острых инфекционных заболеваниях; вазомоторный и медикаментозный ринит. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз. Фурункул носа, рожистое воспаление. Этиология, патогенез, клиника, дифференциальный диагноз, осложнения, лечение, профилактика.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
10	клиническое занятие	Диагностика и лечение хронических заболеваний носа.	4	70%	Хронический ринит: простая, гипертрофическая и атрофическая формы, озена. Кровоточащий полип носовой, перегородки. Этиология, патогенез, симптоматика, диагноз, профилактика. Искривления, шипы и гребни носовой перегородки. Этиология, патогенез, симптоматика. Показания к хирургическому лечению и принципы эндоназальных вмешательств	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
11	клиническое занятие	Аллергический ринит	4	70%	Сезонный и круглогодичный аллергический ринит: этиология, патогенез, классификация, клиническая картина. Ступенчатый подход к терапии аллергического ринита. Коморбидность. Локальный аллергический ринит. Дифференциальная диагностика инфекционного и аллергического ринита. Подходы к лечению инфекционного ринита и риносинусита у пациентов с атопией.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
12	клиническое занятие	Диагностика и лечение острых заболеваний околоносовых пазух.	4	70%	Острые заболевания околоносовых, пазух. Классификация. Острый синусит: верхне-челюстной синусит, этмоидит, фронтит, сфеноидит. Этиология, патогенез, симптоматика, диагноз, осложнения. Дифференциальная диагностика вирусного и бактериального синусита. Современные стратегии лечения. Прогноз. Профилактика.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
13	клиническое занятие	Диагностика и лечение хронических заболеваний околоносовых пазух	4	70%	Хронический синусит: верхнечелюстной синусит, этмоидит, фронтит, сфеноидит. Классификация. Этиология, патогенез, симптоматика, диагноз и дифференциальный диагноз, осложнения. Консервативное лечение. Профилактика.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
14	клиническое занятие	Диагностика и лечение хронических заболеваний околоносовых пазух	4	70%	Хронический синусит: верхнечелюстной синусит, этмоидит, фронтит, сфеноидит. Хирургическое лечение. Принципы функционально-эндоскопической синусохирургии. Прогноз. Профилактика.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

15	клиническое занятие	Современные знания о полипозный риносинусите.	4	70%	Полипозный риносинусит. Патогенез, диагностика Диагноз и дифференциальный диагноз, прогноз. Методы консервативного и оперативного лечения, показания и противопоказания	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
16	клиническое занятие	Диагностика и лечение риногенных орбитальных осложнений заболеваний носа и околоносовых пазух	4	70%	Риногенные орбитальные осложнения: реактивный отек клетчатки орбиты и век; диффузное негноинное воспаление клетчатки орбиты и век; остеопериостит орбиты; абсцесс века; свищ века и орбитальной стенки. Клиническая симптоматика. Принципы лечения. Прогноз	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
17	клиническое занятие	Диагностика и лечение риногенных орбитальных осложнений заболеваний носа и околоносовых пазух	4	70%	Риногенные орбитальные осложнения: субпериостальный абсцесс; ретробульбарный абсцесс; флегмона орбиты; тромбоз вен клетчатки орбиты, кавернозного синуса. Клиническая симптоматика Принципы лечения. Прогноз	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
Раздел 3. Заболевания глотки, пищевода и шен.							
18	клиническое занятие	Диагностика и лечение острых заболеваний глотки.	4	70%	Острые заболевания глотки. Острый тонзиллофарингит, его формы. Этиология, патогенез, принципы лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
19	клиническое занятие	Диагностика и лечение острого тонзиллита	4	70%	Ангина (острый тонзиллит), ангина при острых инфекционных заболеваниях и заболеваниях крови, люэтическая ангина, фибринозная и язвенно-некротическая ангина. Этиология, патогенез, симптоматика, принципы лечения, профилактика.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
20	клиническое занятие	Диагностика и лечение хронических заболеваний глотки: фарингиты	4	70%	Хронический фарингит. Классификация. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, принципы консервативного и хирургического лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
21	клиническое занятие	Диагностика и лечение хронических заболеваний глотки: хронический тонзиллит	4	70%	Хронический, тонзиллит. Классификация Б. С. Преображенского - Пальчуна, классификация И.Б. Солдатов. симптоматика, диагноз, профилактика.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
22	клиническое занятие	Диагностика и лечение хронического тонзиллита и	4	70%	Хронический тонзиллит и сопряженные с ним заболевания. Принципы консервативного и хирургического лечения. Показания к тонзиллэктомии.	УК-1,	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

		сопряженных с ним заболеваний				ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	
23	клиническое занятие	Диагностика и лечение осложнений воспалительных заболеваний глотки	4	70%	Тонзиллогенный сепсис. Паратонзиллит, парафарингит, заглоточный абсцесс. Этиология, патогенез, принципы хирургического и консервативного лечения, профилактика.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
24	клиническое занятие	Диагностика и лечение заболеваний пищевода	4	70%	Атрезия пищевода, стенозы пищевода, эзофагиты. Эзофагоспазм, дивертикулы. Этиология, патогенез, симптоматика, диагностика, принципы лечения. Этиология, патогенез, симптоматика, диагностика, лечение	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
Раздел 4. Заболевания гортани и трахен.							
25	клиническое занятие	Диагностика и лечение острых ларингитов	4	70%	Острый катаральный ларингит, флегмонозный ларингит, рожистое воспаление гортани, гортанная ангина, отек гортани. Этиология, патогенез, симптоматика, дифференциальная диагностика, прогноз, принципы лечения, профилактика.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
26	клиническое занятие	Диагностика и лечение хронических ларингитов	4	70%	Хронический ларингит, его формы - ограниченная, диффузная, гиперпластическая и атрофическая. Хондроперихондрит гортани. Этиология, патогенез, симптоматика, диагноз, лечение, профилактика Стенозы гортани. Этиология, патогенез, симптоматика, диагноз, лечение, профилактика	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
27	клиническое занятие	Диагностика и лечение параличей гортани	4	70%	Параличи гортани. Этиология, патогенез, симптомы, диагноз, принципы лечения. Хирургические методы лечения заболеваний гортани. Интубация, трахеотомия и ларингостомия.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
28	клиническое занятие	Диагностика и лечение склеромы верхних дыхательных путей	4	70%	Склерома верхних дыхательных путей. Этиология, патогенез, симптомы, диагноз, принципы лечения. Грибковые поражения гортани, сифилис верхних дыхательных путей.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
29	клиническое занятие	Диагностика и лечение туберкулеза верхних дыхательных путей	4	70%	Туберкулез Этиология, патогенез, симптомы, диагноз, принципы лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

30	клиническое занятие	Диагностика и лечение сифилис верхних дыхательных путей	4	70%	Сифилис верхних дыхательных путей. Этиология, патогенез, симптомы, диагноз, принципы лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
Раздел 5. Заболевания наружного, среднего и внутреннего уха.							
31	клиническое занятие	Диагностика и лечение заболеваний наружного уха.	4	70%	Воспалительные заболевания наружного уха: перихондрит, рожистое воспаление, ограниченные и диффузные воспаления наружного слухового прохода, отомикоз. Диагностика, принципы лечения. Дифференциальная диагностика, принципы хирургического и лучевого лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
32	клиническое занятие	Диагностика и лечение острых заболеваний среднего уха. Острый средний отит	4	70%	Особенности острого воспаления среднего уха. Симптоматика, диагностика, лечение, профилактика Острый средний отит. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Острый отит при острых инфекционных заболеваниях. Общие принципы лечения острого среднего отита. Местное лечение, выбор лекарственных средств и методы их ведения; санация верхних дыхательных путей. Физиотерапия.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
33	клиническое занятие	Диагностика и лечение острых заболеваний среднего уха. Тубоотит. Гриппозный отит. Экссудативный отит	4	70%	Тубоотит. Роль верхних дыхательных путей в развитии и течении этого заболевания. Гриппозный отит. Частота, патогенез, клиника. Экссудативный отит, этиология; Лечение консервативное и хирургическое.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
34	клиническое занятие	Диагностика и лечение острых заболеваний среднего уха. Мастоидит	4	70%	Острый мастоидит. Этиология, патогенез, клиника, лечение. Особые формы мастоидита: зигоматит, верхушечный и др. (Бекольдовский), туберкулезный, сифилитический. Дифференциальная диагностика. Принципы лечения. Особенности лечения мастоидита и отоантрита у детей.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
35	клиническое занятие	Диагностика и лечение хронических заболеваний среднего уха.	4	70%	Хроническое гнойное воспаление среднего уха. Этиология, патогенез, классификация. Холестеатома. Диагностика и выбор метода лечения. Консервативные методы лечения. Этапность лечения. Формы лекарственных средств, принципы местного применения антибиотиков, гормональных препаратов и ферментов. Физические методы лечения: электрофорез, УВЧ-терапия и ультрафиолетовое облучение, рентгенотерапия. Специфическая терапия; парентеральное введение бактериофага, применение стафилококкового анатоксина, вакцинация.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
36	клиническое занятие	Диагностика и лечение хронических заболеваний среднего уха. Хирургические методы лечения	4	70%	Хирургические методы лечения: показания и противопоказания. Удаление полипов и грануляций. Санирующие операции на среднем ухе: экстрауральные, эндауральные. Послеоперационное ведение больных. Трудоспособность больных после санирующих операций на среднем ухе.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

37	клиническое занятие	Диагностика и лечение хронических заболеваний среднего уха. Тимпаноластика	4	70%	Тимпаноластика. Показания, типы реконструктивных операций на среднем ухе. Обследование больных и подготовка к операции. Послеоперационное ведение больных. Ближайшие и отдаленные результаты.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
38	клиническое занятие	Диагностика и лечение хронических заболеваний внутреннего уха.	4	70%	Воспалительные заболевания внутреннего уха. Пути проникновения инфекции. Этиология, патогенез, классификация, патологические изменения в лабиринте. Тимпаногенный лабиринтит, его частота. Серозная, гнойная, ограниченная формы тимпаногенного лабиринтита. Клиника, лечение. Лабиринтит при скарлатинозном и туберкулезном отитах.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
39	клиническое занятие	Диагностика и лечение хронических заболеваний внутреннего уха.	4	70%	Менингогенный лабиринтит, частота клинические симптомы. Диагностика менингогенного лабиринта. Принципы лечения лабиринтита: показания к санирующей операции на среднем ухе, дегидротационная и противовоспалительная терапия. Показания к операции на лабиринте, виды операции, исходы.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
Раздел 6. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения.							
40	клиническое занятие	Отогенные внутричерепные осложнения	4	70%	Классификация. Эпидемиология. Причины. Пути распространений инфекции. Механизмы возникновения отогенных внутричерепных осложнений. Частота этих осложнений. Симптоматика, диагноз и дифференциальный диагноз, прогноз. Принципы хирургического лечения. Профилактика.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
41	клиническое занятие	Отогенный гнойный менингит	4	70%	Наружный пахименингит и экстрадуральный абсцесс, внутренний пахименингит и субдуральный абсцесс. Гнойный менингит: частота и механизмы возникновения. Патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, прогноз и лечение	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
42	клиническое занятие	Отогенный экстрадуральный и субдуральный абсцесс, абсцессы мозга и мозжечка	4	70%	Отогенный экстрадуральный и субдуральный абсцесс. Абсцесс мозга и мозжечка, тромбоз сигмовидного синуса и сепсис. Частота, патологическая анатомия, дифференциальный диагноз, симптоматика, прогноз и лечение	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
43	клиническое занятие	Риногенные внутричерепные осложнения	4	70%	Классификация. Эпидемиология. Причины. Пути распространений инфекции. Симптоматика, диагноз и дифференциальный диагноз, прогноз. Принципы хирургического лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
44	клиническое занятие	Риногенный гнойный менингит	4	70%	Гнойный менингит: частота и механизмы возникновения. Патологическая анатомия, клиника, дифференциальная диагностика, прогноз и лечение.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

45	клиническое занятие	Риногенный экстрадуральный и субдуральный абсцесс, абсцессы мозга	4	70%	Абсцессы, тромбоз пещеристого синуса. Риногенный сепсис. Частота, патологическая анатомия, дифференциальный диагноз, симптоматика.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
Всего за ПА № 1 - 180 часов			180	122			
Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 2							
Раздел 7. Травмы, инородные тела носа и придаточных пазух, неотложная помощь при них.							
1	клиническое занятие	Травмы носа. Неотложная помощь.	4	70%	Травмы носа и околоносовых пазух. Повреждения наружного носа. Переломы и вывихи носовой перегородки. Открытые и закрытые переломы околоносовых пазух. Гематома и абсцесс носовой перегородки. Патогенез, симптоматика и прогноз. Оказание скорой помощи, устранение морфологических и функциональных дефектов, обусловленных травмой.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
2	клиническое занятие	Травмы носа. Носовые кровотечения	4	70%	Носовые кровотечения: общие и местные причины, локализация кровотечений. Местное и общее лечение, профилактика. Передняя и задняя тампонады полости носа, перевязка сосудов.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
3	клиническое занятие	Инородные тела носа. Неотложная помощь.	4	70%	Травмы носа и околоносовых пазух. Повреждения наружного носа. Переломы и вывихи носовой перегородки. Открытые и закрытые переломы околоносовых пазух. Гематома и абсцесс носовой перегородки. Патогенез, симптоматика и прогноз. Оказание скорой помощи, устранение морфологических и функциональных дефектов, обусловленных травмой. Носовые кровотечения: общие и местные причины, локализация кровотечений. Местное и общее лечение, профилактика. Передняя и задняя тампонады полости носа, перевязка сосудов.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
4	клиническое занятие	Травмы придаточных пазух.	4	70%	Классификация, механизм, принципы оказания неотложной помощи и лечения. Носовые кровотечения: причины, неотложная помощь, общие и местные способы остановки кровотечения. Определение источника кровотечения и степени кровопотери. Хирургические способы остановки носовых кровотечений.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
5	клиническое занятие	Инородные тела придаточных пазух носа	4	70%	Классификация, механизм, принципы оказания неотложной помощи и лечения. Хирургические способы лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
Раздел 8. Травмы, инородные тела, уха, неотложная помощь при них							

6	клиническое занятие	Ранение ушной раковины, неотложная помощь	4	70%	Ранение ушной раковины, наружного слухового прохода, барабанной перепонки, барабанной полости, сосцевидного отростка. Классификация, механизм, принципы оказания неотложной помощи и лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
7	клиническое занятие	Отморожения, ожоги	4	70%	Отморожение ушной раковины. Термический и химический ожоги уха. Классификация, механизм, принципы оказания неотложной помощи и лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
8	клиническое занятие	Резаные, колотые и рваные раны уха	4	70%	Резаные, колотые и рваные раны; хирургическая тактика при первичной обработке ран уха. Осложнения при прокалывании мочки ушной раковины, отогематома. Классификация, механизм, принципы оказания неотложной помощи и лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
9	клиническое занятие	Переломы височной кости	4	70%	Продольный, поперечный, косой переломы височной кости. Механизм возникновения, принципы оказания неотложной помощи и лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
10	клиническое занятие	Инородные тела уха	4	70%	Механизм возникновения. Живые и неживые инородные тела. Диагностика. Неотложная помощь	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-118, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

Раздел 9. Травмы, инородные глотки, пищевода, неотложная помощь при них

11	клиническое занятие	Травмы глотки, неотложная помощь.	4	70%	Резаные, колотые и рваные раны глотки; хирургическая тактика при первичной обработке ран. Осложнения. Травмы глотки у детей. Химические ожоги полости рта, глотки и пищевода. Патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Неотложная помощь.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
12	клиническое занятие	Инородные тела глотки, неотложная помощь.	4	70%	Инородные тела глотки. Диагностика. Способы удаления инородных тел. Неотложная помощь, лечение, профилактика.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
13	клиническое занятие	Травмы, инородные тела и заболевания пищевода, неотложная помощь.	4	70%	Инородные тела пищевода у взрослых. Клиническая картина, осложнения, клиническая и рентгенологическая диагностика. Неотложная помощь. Химические ожоги полости рта, глотки и пищевода. Патологическая анатомия. Клиника. Осложнения. Неотложная помощь. Лечение рубцовых стенозов пищевода.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

Раздел 10. Травмы, инородные тела гортани, трахеи, неотложная помощь.							
14	клиническое занятие	Травмы гортани.	4	70%	Классификация. Внутренние и наружные травмы гортани. Симптоматика. Диагностика. Дыхательная недостаточность. Общие подходы к лечению	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
15	клиническое занятие	Травмы гортани. Открытые повреждения гортани	4	70%	Колотые, резаные, огнестрельные и укушенные раны гортани. Клиническая картина, диагностика, неотложная помощь	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
16	клиническое занятие	Травмы гортани. Ушибы и сдавления гортани, термические и химические	4	70%	Ушибы и сдавления гортани. Клиническая картина, диагностика, неотложная помощь. Опасность ушибов. Развитие хондроперихондритов. Стенозы гортани	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
17	клиническое занятие	Травмы гортани. Вывихи переломы хрящей гортани	4	70%	Клиническая картина, диагностика, неотложная помощь. Развитие хондроперихондритов хрящей гортани.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
18	клиническое занятие	Травмы гортани. Стенозы гортани	4	70%	Стенозы гортани. Причины, классификация по скорости развития и стадиям. Клиническая симптоматика. Неотложная помощь. Консервативное лечение. Хирургическое лечение. Виды горлосечений. Интубация.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
19	клиническое занятие	Инородные тела гортани, трахеи и бронхов	4	70%	Причины попадания инородных тел в дыхательные пути у взрослых. Клиническая картина инородных тел гортани, трахеи и бронхов, осложнения. Рентгенодиагностика инородных тел бронхов. Врачебная тактика, неотложная помощь, способы удаления. Профилактика. Неотложная помощь и интенсивная терапия при стенозах гортани.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
Раздел 11. Организации помощи пациентам с заболеваниями ЛОР-органов							
20	клиническое занятие	Основные принципы организации помощи пациентам с заболеваниями ЛОР-органов.	4	70%	Общие вопросы организации медицинской помощи населению по профилю «Оториноларингология». Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа. Нормативные документы по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
21	клиническое занятие		4	70%	Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10,	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

					высокотехнологичной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	
22	клиническое занятие	Основные принципы организации медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в амбулаторно-поликлиническом звене.	4	70%	Организация помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа. Амбулаторно-поликлиническая помощь пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа. Организация работы кабинета оториноларинголога.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
23	клиническое занятие	Клинические рекомендации, протоколы и стандарты по лечению заболеваний ЛОР-органов	4	70%	Клинические рекомендации, протоколы и стандарты по лечению заболеваний ЛОР-органов, регламентирующие работу врача амбулаторно-поликлинической службы. Принципы применения клинических рекомендаций (протоколов лечения) и стандартов. Основные принципы работы с медицинской документацией и организация деятельности медицинского персонала.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
24	клиническое занятие	Особенности клиники, диагностики, лечения и профилактики болезней ЛОР-органов в поликлинической практике.	4	70%	Правила заполнения медицинской документации на приеме. Принципы рациональной антибактериальной терапии в оториноларингологии. Основные принципы первичной хирургической помощи больным с патологией ЛОР-органов в условиях оториноларингологического стационара. Принципы назначения деконгестантов, антигистаминных, муколитических, препаратов, топических глюкокортикостероидов, топических и системных обезболивающих и противовоспалительных препаратов, топических антисептиков и антибиотиков, клиническая фармакология основных лекарственных средств, применяемых в оториноларингологической практике. Акуметрическое исследование и вестибулярные пробы, применяемые в оториноларингологии в условиях ЛОР-кабинета поликлиники.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
25	клиническое занятие	Организация стационарной помощи при заболеваниях уха, горла и носа.	4	70%	Организация стационарной помощи. Анализ качества и эффективности стационарной медицинской помощи. Стационарзамещающие формы медицинской помощи. Редкие стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи. Обеспеченность стационарной помощью населения России. Анализ показателей деятельности стационара.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
Раздел 12. Актуальные вопросы детской оториноларингологии							
26	клиническое занятие	Заболевания уха. Пороки развития уха	4	70%	Уродства и пороки развития уха: дисплазия наружного уха, врожденная ушная фистула. Их значение в общей патологии детского возраста. Инородные тела уха у детей. Распознавание, способы удаления.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10,	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

						ПК-4, ПК-5, ПК-6	
27	клиническое занятие	Заболевания уха. Острый средний отит	4	70%	Острый средний отит у новорожденных и детей грудного возраста. Патогенез, клиника, диагностика, лечение. Антрит явный, латентный, его распознавание и лечение. Осложнения. Показания к антропункции, антротомии. Медикаментозное лечение, неотложная помощь при отоантрите. Рецидивирующий острый средний отит у детей. Патогенез, клиника, осложнения, лечение.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
28	клиническое занятие	Заболевания уха. Хронический средний отит у детей	4	70%	Особенности течения и лечения хронического среднего отита у детей. Особенности клинического течения отогенных внутричерепных осложнений и отогенного сепсиса у детей.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
29	клиническое занятие	Заболевания уха. Экссудативный отит	4	70%	экссудативный средний отит у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
30	клиническое занятие	Заболевания уха. Сенсоневральная тугоухость у детей	4	70%	Внезапная и острая сенсоневральная тугоухость у детей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, принципы лечения. Кохлеовестибулярный неврит. Хроническая стадия сенсоневральной тугоухости у детей. Диагностика, лечение, профилактика.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
31	клиническое занятие	Заболевания носа и околоносовых пазух. Врожденные уродства и аномалии развития носа	4	70%	Врожденная атрезия хоан (распознавание, методы лечения). Наружные и внутренние мозговые грыжи носа. Травмы носа и околоносовых пазух у детей. Классификация, механизм, принципы оказания неотложной помощи и лечения. Врожденные и приобретенные дефекты и деформации носа. Носовые кровотечения у детей: причины, неотложная помощь, общие и местные способы остановки кровотечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
32	клиническое занятие	Заболевания носа и околоносовых пазух. Острый насморк. Острый ринофарингит.	4	70%	Острый насморк у детей, дифференциальная диагностика с аллергическим ринитом, взаимодействие специалистов. Этиология, патогенез, клиника (стадии), лечение и профилактика. Острый ринофарингит у детей грудного возраста. Симптомы, распознавание, неотложная помощь, профилактика осложнений.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
33	клиническое занятие	Заболевания носа и околоносовых паз Хронические риниты. Острые и хронические синуситы	4	70%	Хронические риниты у детей. Этиология, патогенез, клиника, принципы лечения и профилактика. Острые и хронические синуситы у детей. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, классификация. Принципы диагностики. Острый остеомиелит верхней челюсти у детей. Бронхолегочные осложнения. Патогенез, клинические варианты, принципы лечения. Значение совместной работы оториноларинголога и педиатра в диагностике и лечении этих состояний.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

34	клиническое занятие	Заболевания глотки и пищевода. Заглочный абсцесс.	4	70%	Заглочный абсцесс. Этиология, патогенез, клиническая картина с учетом локализации гноя. Дифференциальная диагностика. Лечение.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
35	клиническое занятие	Заболевания глотки и пищевода. Аденоиды.	4	70%	Гипертрофия лимфаденоидного глоточного кольца. Этиология и патогенез. Аденоидные разрастания. Клиника, диагностика, лечение. Влияние аденоидов на состояние дыхательной, нервной, зубочелюстной системы у детей. Острый и хронический аденоидит. Клиника, диагностика, лечение. Аденомия, показания, подготовка, техника операции, осложнения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
36	клиническое занятие	Заболевания глотки и пищевода. Хронический тонзиллит	4	70%	Гипертрофия лимфаденоидного глоточного кольца. Этиология и патогенез. Аденоидные разрастания. Клиника, диагностика, лечение. Влияние аденоидов на состояние дыхательной, нервной, зубочелюстной системы у детей. Острый и хронический аденоидит. Клиника, диагностика, лечение. Аденомия, показания, подготовка, техника операции, осложнения. Хронический тонзиллит у детей. Определение, этиология, патогенез, клиническая классификация, клиника, диагностика. Связь хронического тонзиллита с патологией внутренних органов и нервной системой у детей. Связанные с тонзиллитом заболевания.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
37	клиническое занятие	Заболевания глотки и пищевода. Аномалии развития	4	70%	Аномалии развития глотки, пищевода (дивертикул), врожденные свищи и кисты шеи. Диагностика, принципы лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
	клиническое занятие	Заболевания гортани. Аномалии развития	4	70%	Врожденные стенозы гортани и трахеи. Врожденный стридор гортани. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение. Аномалии развития гортани (кисты, мембраны и др.); диагностика, принципы лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
38	клиническое занятие	Заболевания гортани. Острый катаральный ларингит	4	70%	Острый катаральный ларингит у детей. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение и профилактика. Острые ларингиты при инфекционных заболеваниях.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
39	клиническое занятие	Заболевания гортани Острый подскладочный ларингит.	4	70%	Острый подскладочный ларингит (синдром крупа). Особенности стенозов гортани у детей. Стенозы гортани. Причины и патогенез. Классификация. Клиника острого и хронического стеноза гортани. Дифференциальная диагностика стенозов гортани с другими нарушениями внешнего дыхания (ларингоспазм, бронхоспазм, стеноз трахеи).	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
40	клиническое занятие	Заболевания гортани	4	70%	Расстройства иннервации гортани. Неотложная помощь и интенсивная терапия при стенозах гортани у детей. Интубация гортани, показания, техника, возможные осложнения. Ларингоспазм у детей. Причины, клиника, неотложная	УК-1,	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

					помощь, лечение. Особенности трахеотомии у детей. Хронический ларингит у детей. Причины, патогенез, клинические формы, принципы лечения и профилактика.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	
Раздел 13. Вопросы ЛОР-онкологии							
41	клиническое занятие	Общие вопросы. Понятие ЛОР-онкология	4	70%	Сложности ранней диагностики опухолей ЛОР-органов. Внеорганные опухоли шеи. Классификация TNM. Современные методы визуализации при эндоскопическом обследовании пациентов со злокачественными опухолями ЛОР-органов. Методы лечения. Комплексная реабилитация онкологических пациентов в оториноларингологии.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
42	клиническое занятие	Новообразования носа и околоносовых пазух. Доброкачественные новообразования носа.	4	70%	Доброкачественные новообразования носа. Диагноз и дифференциальный диагноз. Биопсия. Принципы хирургического лечения. Исходы лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
43	клиническое занятие	Новообразования носа и околоносовых пазух. Злокачественные новообразования носа	8	70%	Злокачественные новообразования носа. Диагноз и дифференциальный диагноз. Биопсия. Принципы хирургического, лучевого, комбинированного и химиотерапевтического лечения. Исходы лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
44	клиническое занятие	Новообразования глотки. Доброкачественные новообразования	4	70%	Доброкачественные новообразования глотки. Диагноз и дифференциальный диагноз. Биопсия. Принципы хирургического лечения. Исходы лечения. Юношеская ангиофиброма. Симптоматика, диагностика, лечение	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
45	клиническое занятие	Новообразования глотки. Злокачественные новообразования	8	70%	Злокачественные новообразования глотки. Диагноз и дифференциальный диагноз. Биопсия. Принципы хирургического, лучевого, комбинированного и химиотерапевтического лечения. Исходы лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
46	клиническое занятие	Новообразования гортани. Доброкачественные новообразования	4	70%	Доброкачественные новообразования гортани: аденомы, фибромы, ангиома, хондрома, липома, фибропапиллома, невринома, отек Рейнке, кисты. Диагноз и дифференциальный диагноз. Принципы хирургического лечения. Исходы лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
47	клиническое занятие	Новообразования гортани. Злокачественные новообразования	4	70%	Злокачественные новообразования гортани. Диагноз и дифференциальный диагноз. Биопсия. Принципы хирургического, лучевого, комбинированного и химиотерапевтического лечения. Эндоларингеальные лазерные резекции при злокачественных новообразованиях голосового отдела гортани. Резекция гортани и гортаноглотки открытым доступом, ларингэктомия. Исходы лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

48	клиническое занятие	Новообразования уха.	8	70%	Доброкачественные и злокачественные опухоли наружного уха. Дифференциальная диагностика, принципы хирургического и лучевого лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
Всего за ПА № 2- 204 часа			204	143			
Курс 2 __ Промежуточная аттестация № 3							
Раздел 14. Врачебная и трудовая экспертиза при заболеваниях ЛОР-органов. Медицинская реабилитация							
1	клиническое занятие	Врачебно-трудовая экспертиза: общие вопросы	4	70%	Врачебно-трудовая экспертиза. Задачи и методы ЛОР экспертизы. Определение групп инвалидности применительно к ЛОР заболеваниям. Классификация нетрудоспособности при заболеваниях ЛОР органов. Методы определения нетрудоспособности. Оформление трудовой экспертизы.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
2	клиническое занятие	Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях носа и придаточных пазух.	4	70%	Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях носа и придаточных пазух Временная нетрудоспособность, законодательство по выдаче больничных листков. Решение вопроса о выдаче больничного листка	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
3	клиническое занятие	Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях уха	4	70%	Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях уха Временная нетрудоспособность, законодательство по выдаче больничных листков. Решение вопроса о выдаче больничного листка	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
4	клиническое занятие	Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях глотки, гортани	4	70%	Врачебно-трудовая экспертиза при заболеваниях глотки, гортани Временная нетрудоспособность, законодательство по выдаче больничных листков. Решение вопроса о выдаче больничного листка	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
5	клиническое занятие	Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа.	4	70%	Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа. Физиотерапия в оториноларингологии. Виды физиотерапии. Общее и местное применение. Действие физиотерапевтических агентов. Светолечение. Применение в оториноларингологии длинноволновых и коротковолновых лучей. Электротерапия. Токи низкой и высокой частоты. Биологическое и терапевтическое действие гальванизации, фарадизации, электрофореза, лазеротерапии, диатермии, УВЧ, СВЧ, токов Бернара, грязелечение, курортотерапия.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
6	клиническое занятие	Санаторно-курортное лечение заболеваниями и (или)	4	70%	Санаторно-курортное лечение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа. Показания, противопоказания. ЛФК, бальнеологические методы. Ингаляции, физиотерапия	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10,	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

		состояниями уха, горла, носа..				ПК-4, ПК-5, ПК-6	
Раздел 15. Сурдология.							
7	практическое занятие	Методы исследования слуховой функции. Акуметрия, тональная аудиометрия	4	70%	Исследование слухового анализатора. Исследование слуха шепотной и разговорной речью. комертональные исследования. Тональная пороговая аудиометрия. Условия для проведения аудиологического исследования, Типы аудиограмм. Дифференциальная диагностика поражений органа слуха. Характеристика аудиограмм при поражении звукопроводящего и звуковоспринимающего отделов слухового анализатора. Смешанная форма тугоухости. Тональная надпороговая аудиометрия. Понятие о феномене ускоренного нарастания громкости, дифференциальном пороге интенсивности.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
8	практическое занятие	Методы исследования слуховой функции. Шумовая аудиометрия. Речевая аудиометрия.	4	70%	Исследование слуха в расширенном диапазоне частот. Исследование бинаурального слуха. Шумовая аудиометрия. Исследование звуковым зондом. Речевая аудиометрия. Игровая аудиометрия.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
9	практическое занятие	Методы исследования слуховой функции - Объективные методы исследования	4	70%	Объективные методы исследования слуха. Акустическая импедансометрия. Компьютерная аудиометрия - исследование слуховых мозговых вызванных потенциалов. Электрокохлеография.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
10	практическое занятие	Исследование функции вестибулярного анализатора.	4	70%	Исследование статического и динамического равновесия. Исследование спонтанного и позиционного нистагма. Исследование оптокинетического нистагма. Исследование рецепторов полукружных каналов. Калорическая проба: моно-, би-, политермальная. Вращательная проба по методике Барани. Купулометрия. Прессорная проба. Методы исследования отолитового аппарата. Отолитовая реакция по Воячеку.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
11	клиническое занятие	Диагностика и лечение заболеваний среднего уха. Отосклероз	4	70%	Отосклероз. Этиология, патогенез, клиника. Консервативные методы лечения, Хирургическое лечение. особенности послеоперационного периода, трудоспособность.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
12	клиническое занятие	Диагностика и лечение заболеваний среднего уха. Адгезивный средний отит.	4	70%	Адгезивный средний отит. Этиология, патогенез, клиника. Консервативные методы лечения. Хирургические способы коррекции тугоухости при адгезивном среднем отите. Особенности послеоперационного ведения больных. Тимпаносклероз. Этиология, патогенез, лечение.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
13	клиническое занятие	Диагностика и лечение заболеваний внутреннего уха.	4	70%	Сенсоневральная тугоухость. Этиология (постинфекционный, медикаментозный, интоксикационный и др.), патогенез, клиника, принципы	УК-1,	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

		Сенсонервльная тугоухость			лечения. Внезапная и острая сенсоневральная тугоухость у взрослых. Хроническая стадия сенсоневральной тугоухости у взрослых.	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	
14	клиническое занятие	Диагностика и лечение заболеваний внутреннего уха. Болезнь Меньера, кохлеопатии	4	70%	Болезнь Меньера, этиология, патогенез, клиника. Консервативные и хирургические способы лечения. Отогенная кохлеовестибулопатия. Патогенез, клиника, лечение. Кохлеовестибулопатия, обусловленная недостаточностью кровообращения в бассейне вертебробазиллярной артерии. Патогенез, клиника, принципы лечения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
15	практическое занятие	Диагностика глухоты	4	70%	Глухота, глухонмота у детей. Распознавание глухоты и тугоухости. Влияние остатков слуха на развитие речи..	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
16	практическое занятие	Методы лечения и реабилитации пациентов сурдологического профиля.	4	70%	Реабилитация слабослышащих и глухих людей (медикаментозная, физиотерапевтическая, хирургическая, социальная).	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
Раздел 16. Фониатрия.							
17	клиническое занятие	13.1 Заболевания голосового аппарата.	4	70%	Нарушение голоса (дисфония) при заболеваниях носа и околоносовых пазух, при заболеваниях глотки, при заболеваниях бронхолегочного аппарата, при заболеваниях других органов и систем.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
18	практическое занятие	13.2 Методы диагностики заболеваний голосового аппарата.	4	70%	Непрямая ларингоскопия. Прямая ларингоскопия. Показания к применению этого метода. Стробоскопия, физические и физиологические основы метода. Типы стробоскопов: механические, электронные. Акустический анализ голоса.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
19	семинар	13.3 Основы вокальной и речевой фонопедии.	4	70%	Гигиена певческого и речевого голоса. Гигиена голоса детей и подростков. Физио- и аэрозольная терапия. Пресбифония. Особенности лечения пациентов старшей возрастной группы	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
20	клиническое занятие	Органические заболевания гортани	4	70%	Органические нарушения голоса - центральные и периферические. Афония и дисфония при различных формах анартрии и дизартрии (бульбарной, псевдобульбарной, мозжечковой и подкорковой)	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

21	клиническое занятие	Функциональные заболевания гортани	4	70%	Причинами возникновения функционального расстройства голоса. Гипотонусная дисфония и гипертонусная дисфония. Подход к лечению функциональных дисфоний. Прогноз.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
22	клиническое занятие	Заболевания гортани у лиц голосо-речевых профессий	4	70%	Профессиональные заболевания голосового аппарата чаще развиваются у лиц голосо-речевых профессий: педагогов, воспитателей детских садов, вокалистов, чтецов, артистов драмтеатров, дикторов. Прочины, клиника, диагностика	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
23	клиническое занятие	Нарушения голоса у детей	4	70%	Периоды становления голоса, виды его нарушений, наиболее частые этиологические факторы. Мутационная дисфония. Подход к лечению. Прогноз	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
Раздел 17. Профессиональные заболевания ЛОР-органов.							
24	семинар	Профессиональные вредности.	4	70%	Общие понятия о факторах рабочей среды и трудового процесса, профессиональных заболеваниях. Нормативные документы, регулирующие порядок установления профессиональных заболеваний. Общие представления о профессиональных вредностях. Профессиональные факторы: токсико-химические факторы, биологические, термические, барометрические и колебательные. Психоэмоциональное напряжение. Военная профпатология.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
25	семинар	Действие вредных профессиональных факторов на орган слуха и вестибулярный анализатор.	4	70%	Профессиональная сенсоневральная тугоухость. Воздействие шума на орган слуха. Клиническая картина профессиональных нарушений слуха, возникающих при действии шума. Действие сверхсильных звуков на слуховой и вестибулярный анализаторы. Клиническая картина острой звуковой травмы. Действия вибраций и ускорения на слуховой и вестибулярный анализаторы. Влияние токсико-химических факторов производства на заболевания уха. Сочетанное действие шума, вибрации и ускорений на орган слуха и равновесия. Профилактика профессиональных нарушений слуха и равновесия.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
26	семинар	Профессиональные заболевания верхних дыхательных путей	4	70%	Общая характеристика профессиональных заболеваний верхних дыхательных путей. Физико-химические характеристики промышленных аэрозолей. Влияние пыли, органических веществ, агрессивных паров и газов на слизистую оболочку носа. Профилактика и лечение промышленных ринопатий.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
27	семинар	Профессиональные болезни глотки и гортани	4	70%	Изменения слизистой оболочки глотки при длительном воздействии различных производственных вредностей. Хронические профессиональные заболевания глотки и гортани. Аллергические поражения глотки и гортани. Принципы заболевания гортани у лиц голосо-речевых профессий.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10,	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН

				Функциональные дисфонии. Принципы лечения и профилактики		ПК-4, ПК-5, ПК-6	
Раздел 18. Междисциплинарные вопросы при заболеваниях головы и шеи: неврология, стоматология, челюстно-лицевая хирургия, офтальмология в практике врача-оториноларинголога.							
28	клиническое занятие	Междисциплинарные вопросы при заболеваниях головы и шеи	4	70%	Междисциплинарный подход к лечению пролиферативных состояний и новообразований средней зоны лица.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
29	клиническое занятие	Влияние заболеваний ЛОР-органов на органы зрения	4	70%	Смежные вопросы терапии и хирургии заболеваний носослезных путей. Риногенные орбитальные осложнения. Взаимодействие оториноларинголога и офтальмолога при экзофтальме. Особенности орбитальных осложнений при различной патологии околоносовых пазух.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
30	клиническое занятие	Общие вопросы неврологии и оториноларингологии	4	70%	Дифференциальная диагностика заболеваний органа слуха и вестибулярного анализатора при патологии уха и патологии центральной нервной системы.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
32	клиническое занятие	Сочетанная патология ЛОР-органов и зубочелюстной системы	4	70%	Патология зубочелюстной системы как причина острых и хронических риносинуситов. Одонтогенные синуситы и кисты верхнечелюстных и лобных пазух. Посттравматические деформации средней зоны лица.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, ПН
Всего за ПА № 3			124	87			
ИТОГО			556	352			

* **Формы проведения занятий семинарского типа:** семинар, клиническое занятие, практическое занятие.

****Практическая подготовка (ПП)** - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.

*** **Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, Д-устный доклад

4.5 Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	Содержание самостоятельной работы	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства** для текущего контроля
1.	Физиология и патология носа и околоносовых пазух. Методы исследования носа и околоносовых пазух. Клиника, диагностика и лечение.	22	1. Особенности кровоснабжения, иннервации и лимфоотока носа и околоносовых пазух. 2. Функции слизистой оболочки полости носа. Влияние носового дыхания на функции различных органов и систем. 3. Методы визуализации носа и околоносовых пазух. взрослых и грудных детей, лечение. 5. Этмоидит. Этиология, патогенез, клиника. Методы исследования, диагностика. Лечение.	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
2.	Физиология и патология наружного, среднего и внутреннего уха. Методы исследования уха. Клиника, диагностика и лечение.	22	1. Анатомо-топографические особенности наружного уха. Размеры, отделы и форма наружного слухового прохода у детей и взрослых, особенности строения кожи и хрящевого скелета, их влияние на возникновение и течение заболеваний наружного уха. 2. Топография лицевого нерва. Ветви лицевого нерва и области иннервации. 3. Злокачественный наружный отит. Этиология, патогенез, клиническая картина, методы диагностики и лечения. 4. Отогенный менингит. Этиология, патогенез, пути распространения инфекции, симптоматика,	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
4.	Физиология и патология глотки и гортани. Методы исследования глотки и гортани. Клиника, диагностика.	22	1. Анатомия парафарингиального пространства. 2. Методы исследования гортани, трахеи, бронхов. Способы обезболивания. Показания, диагностические и лечебные возможности этих методик, эндоскопическая картина. 3. Паратонзиллит. Этиология, патогенез, клиника, осложнения, лечебная тактика.	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
5.	Травмы, инородные тела носа и придаточных пазух, неотложная помощь при них.	20	1. Методы остановки носовых кровотечений. 2. Неотложная помощь при инородных телах гортани и трахеи. III. 3. Неотложная помощь при инородных телах пищевода.	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
6.	Травмы, инородные тела глотки, неотложная помощь при них.	16	1. Классификация травм глотки. 2. Классификация инородных тел глотки. 3. Неотложная помощь при травмах глотки. 4. Неотложная помощь при инородных телах глотки.	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
7.	Травмы, инородные тела гортани, неотложная помощь при них.	16	Острый стеноз гортани. Этиология, патогенез,	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
8.	Травмы, инородные тела уха	16	1. Классификация травм уха. 2. Классификация инородных тел уха. 3. Неотложная помощь при травмах уха. 4. Неотложная помощь при инородных телах уха.	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
9.	Организации помощи пациентам с заболеваниями ЛОР-органов	21	1. Порядки оказания медицинской помощи, 2. клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или)	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН

			состояниях уха, горла, носа. 3. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа		
10.	Актуальные вопросы детской оториноларингологии	20	1. Диагностический алгоритм при хронической назальной обструкции у детей. 2. Синдром Маршалла. Клиническая картина, диагностика, лечение. 3. Патология ЛОР-органов при муковисцидозе.	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
11.	Врачебная и трудовая экспертиза при заболеваниях ЛОР органов	12	1. Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа. 2. Физиотерапия в оториноларингологии. 3. Светолечение. 4. Электролечение. курортолечение	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
12.	Сурдология	11	1. Методы диагностики функции вестибулярного анализатора, импедансометрия: тимпанометрия, акустический рефлекс стременной мышцы. Исследование слуховых вызванных потенциалов. 3. Принципы реабилитации пациентов с нарушением	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
13.	Фониатрия	10	1. Нарушение голоса (дисфония) при заболеваниях бронхолегочного аппарата. 2. Акустический анализ голоса. Показания, техника проведения. 3. Принципы гигиены певческого и речевого голоса	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
14.	Профессиональные заболевания ЛОР органов	12	1. Влияние пыли, органических веществ, агрессивных паров и газов на слизистую оболочку носа. 2. Хронические профессиональные заболевания глотки и гортани. 3. Влияние шума на орган слуха	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
15.	вопросы ЛОР онкологии	10	1. Понятие о клинической стадии и клинической группе в онкологии. 2. Стадии развития опухолевого процесса. Понятия о раннем раке. Принципы диагностики. 3. Виды лечения в онкологии лор органов. Принципы комбинированного и комплексного лечения.	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
16.	Междисциплинарные вопросы при заболеваниях головы и шеи: неврология, стоматология, челюстно-лицевая хирургия, офтальмология в практике врача-оториноларинголога	12	1. Риногенные орбитальные осложнения. Пути распространения инфекции. Симптоматика, диагноз и дифференциальный диагноз, прогноз. Принципы хирургического лечения. 2. Одонтогенный верхнечелюстной синусит. Этиология, патогенез, клиника, лечение. 3. Междисциплинарный подход к лечению пролиферативных состояний и новообразований	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П, ПН
ВСЕГО		242			

Примерная тематика докладов (презентаций):

(проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Наследственные и врожденные нарушения слуха.
2. Глухонмота (причины, профилактика, методы компенсации).

3. Основные профилактические и лечебные мероприятия при нарушениях слуха у детей.
4. Методы компенсации нарушенной функции слухового анализатора.
5. Анатомо-физиологические особенности органа слуха у детей. Особенности исследования ЛОР-органов у маленьких детей.
6. Заболевания носа и носовой полости, ведущие к нарушению фонации и артикуляции.
7. Гортань как орган фонации.
8. Певческие голоса.
9. Нарушение голоса у детей.
10. Заболевания гортани, ведущие к нарушению голосообразования.
11. Лимфаденоидное глоточное кольцо в норме и патологии.
12. . Болезнь укачивания
13. Современные методы тренировки вестибулярного аппарата
14. Современные представления о строении и функции лимфаденоидной ткани.
15. Травмы ЛОР - органов
16. Поражение ЛОР – органов при острой респираторной вирусной инфекции. Современный подход к лечению и профилактике
17. Аденоиды. Влияние на рост и развитие ребенка
18. Ангины при заболеваниях крови. Поражение небных миндалин при заболеваниях системы крови (агранулоцитарная, моноцитарная, ангина при лейкозах)
19. Ангина и ее связь с заболеваниями внутренних органов.
20. Хронический тонзиллит. Современные подходы к диагностике и лечению.
21. Хронический гиперпластический ларингит.
22. Микозы придаточных пазух носа
23. Стенозы гортани. Неотложная помощь. Тактика врача общей практики
24. Инородные тела дыхательных путей. Тактика врача общей практики
25. Инородные тела пищевода. Тактика врача общей практики
26. Носовые кровотечения. Методы остановки.
27. Доброкачественное позиционное головокружение.
28. Особенности отитов в детском возрасте.
29. Отогенный гнойный менингит
30. Пресбиакузис. Диагностика, слухопротезирование, профилактика.
31. Диагностика нарушения слуховой функции, вопросы реабилитации.
32. Внутричерепные осложнения синуситов
33. Сифилис ЛОР-органов
34. 34.Проявления ВИЧ-инфекции в ЛОР-органах
35. Туберкулез глотки и гортани.
36. Склерома ЛОР -органов
37. Гнойные заболевания клетчаточных пространств лица и шеи.
38. Современные представления о раке гортани. Методы лечения и профилактика.

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии проблемного обучения
5. Технологии активного обучения (инновационные)
6. Система инновационной оценки «портфолио»

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам при текущем контроле:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств		
		КВ	ТЗ	СЗ
Текущий контроль	Раздел 1. Анатомия, физиология и патологическая физиология носа, околоносовых пазух; наружного, среднего и внутреннего уха; глотки и гортани. Методы исследования.	28	867	34
	Раздел 2. Заболевания носа и околоносовых пазух.	-	27	88
	Раздел 3. Заболевания глотки, пищевода и шеи.	25	100	40
	Раздел 4. Заболевания гортани и трахеи.	26	60	24
	Раздел 5. Заболевания наружного, среднего и внутреннего уха.	43	70	45
	Раздел 6. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения.	-	50	15
	Раздел 7. Травмы, инородные тела носа и придаточных пазух, неотложная помощь при них.	-	48	20
	Раздел 8. Травмы, инородные тела, уха, неотложная помощь при них	-	46	10
	Раздел 9. Травмы, инородные глотки, пищевода, неотложная помощь при них	-	45	9
	Раздел 10. Травмы, инородные тела гортани, трахеи, неотложная помощь.	-	45	17
	Раздел 11. Организации помощи пациентам с заболеваниями ЛОР-органов	11	-	-
	Раздел 12. Актуальные вопросы детской оториноларингологии	16	26	33
	Раздел 13. Вопросы ЛОР-онкологии	20	66	20
	Раздел 14. Врачебная и трудовая экспертиза при заболеваниях ЛОР-органов. Медицинская реабилитация	20	-	-
	Раздел 15. Сурдология	17	90	40
	Раздел 16. Фониатрия.	30	20	15
	Раздел 17. Профессиональные заболевания ЛОР-органов.	20	40	
	Раздел 18. Междисциплинарные вопросы при заболеваниях головы и шеи: неврология, стоматология, челюстно-лицевая хирургия, офтальмология в практике врача-оториноларинголога.	8	-	-
ИТОГО		264	1600	410

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, СЗ- ситуационные задачи

Распределение количества оценочных средств по разделам на промежуточных аттестациях

Промежуточные аттестации	Общее количество оценочных средств		
	КВ	ТЗ	СЗ
Промежуточная аттестация № 1	122	1174	246
Промежуточная аттестация № 2	47	276	109
Промежуточная аттестация № 3	95	150	55
ВСЕГО	264	1600	410

5.2. Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	КВ, СЗ, ТЗ, ПН
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	КВ, СЗ, ТЗ, ПН
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	КВ, СЗ, ТЗ
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	КВ, СЗ, ТЗ
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	КВ, -П, Д
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	КВ, ТЗ
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	КВ, СЗ, ТЗ
ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза.	КВ, СЗ, ТЗ, ПН
ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	КВ, СЗ, ТЗ, ПН

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи, Д – доклады, П-презентации

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине:

Промежуточная аттестация № 1 - зачет

Промежуточная аттестация № 2 - зачет с оценкой

Промежуточная аттестация № 3 - зачет с оценкой

Этапы проведения промежуточной аттестации:

- этап - тестовые задания,
- этап - сдача практических навыков,
- этап - ответы на контрольные вопросы
- этап - решение ситуационных задач.

Критерии оценивания тестовых заданий:

Если текущий контроль успеваемости и (или) промежуточная аттестация, предусматривает тестовые задания, то перевод результатов тестирования в балльную шкалу осуществляется по схеме:

Оценка «Отлично» - 90-100% правильных ответов;

Оценка «Хорошо» - 80-89% правильных ответов;

Оценка «Удовлетворительно» - 71-79% правильных ответов;

Оценка «Неудовлетворительно» - 70% и менее правильных ответов.

Критерии оценивания при демонстрации практических навыков:

«Отлично» - демонстрация способности выполнять манипуляцию на высоком профессиональном уровне в соответствии с алгоритмом.

«Хорошо» - демонстрация способности выполнять манипуляцию в соответствии с алгоритмом. Отмечаются небольшие затруднения, увеличивающие время проведения манипуляции.

«Удовлетворительно» - демонстрация способности выполнять манипуляцию. Отмечаются незначительные нарушения алгоритма и небольшие ошибки в технике выполнения.

«Неудовлетворительно» - грубое нарушение алгоритма или нарушение техники выполнения манипуляции.

Результирующая оценка по итогам изучения раздела дисциплины в семестре рассчитывается как средняя всех форм текущего контроля.

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

«Отлично» - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.

«Хорошо» - ответ полный, но требует дополнений. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.

«Удовлетворительно» - ответ неполный, требует наводящих вопросов. Нечёткое, сбивчивое изложение ответа с ошибками.

«Неудовлетворительно» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Фрагментарные знания. Путаница в терминах и понятиях.

Критерии оценивания при решении ситуационных задач:

«Отлично» - ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно.

«Хорошо» - ординатор решил задачу правильно, однако, при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.

«Удовлетворительно» - ординатор частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа.

«Неудовлетворительно» - ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.

5.4 Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции или отдельные индикаторы достижения компетенции
Тестовое задание	<p>1. Отток крови наружного носа происходит в:</p> <p>а) глазничную вену б) переднюю лицевую вену в) щитовидную вену г) язычную вену Правильный ответ: б</p> <p>2. При передней риноскопии чаще можно осмотреть:</p> <p>а) только нижнюю носовую раковину б) только среднюю носовую раковину в) верхнюю носовую раковину г) нижнюю и среднюю носовую раковины Правильный ответ: г</p> <p>3. При воспалении носа и околоносовых пазух бывают внутричерепные осложнения:</p> <p>а). тромбоз поперечного синуса б). абсцесс височной доли мозга в). тромбоз сигмовидного синуса г). тромбоз кавернозного синуса, экстрадуральный и субдуральный абсцесс д). тромбоз сигмовидного синуса е). тромбоз поперечного синуса, сигмовидного синуса ж). абсцесс мозжечка Правильный ответ: г</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6

	<p>5. В камертональном опыте Вебера при одностороннем поражении звукопроводящего аппарата латерализация звука будет в _____ сторону Правильный ответ: больную</p> <p>6. Перепончатый _____ лабиринт _____ улитки заполнен _____. Правильный ответ: эндолимфой</p>	
Ситуационные задачи	<p>Задача 1. Пациент 25 лет, обратился с жалобами на затруднение носового дыхания, головную боль, повышение температуры тела. Два дня назад получил травму носа во время игры в бокс, отмечалось кровотечение, сознания не терял. Тошноты, рвоты не было.</p> <p>Объективно наружный нос отечен, при пальпации определяется болезненность скатов носа. При передней риноскопии: гиперемия слизистой оболочки носа, в переднем отделе носовой перегородки определяется подушкообразное выпячивание с двух сторон, при пальпации которого пуговчатым зондом определяется флюктуация. Общие носовые ходы резко сужены.</p> <p>Поставьте предварительный диагноз, назначьте обследование и лечение.</p> <p>Эталон ответа. Закрытый перелом костей носа. Гематома носовой перегородки. План обследования: пункция выпячивания носовой перегородки; рентгенограмма костей носа. Лечение: в неотложном порядке вскрыть гематому, после чего произвести переднюю тампонаду носа. Показана антибактериальная терапия.</p> <p>Задача 2. Пациент 16 лет предъявляет жалобы на сильную боль в горле, усиливающуюся при глотании, повышение температуры до 39°, озноб, общее недомогание, головную боль. Болен в течение 3-4 дней. Объективно: температура тела 39°C, пульс - 90 в мин., ритмичен. При фарингоскопии определяется гиперемия слизистой оболочки миндалин, на поверхности миндалин определяются белые точки величиной с просыное зерно. Пальпируются увеличенные, болезненные лимфоузлы в подчелюстной области.</p> <p>Поставьте диагноз, назначьте лечение.</p> <p>Эталон ответа. Фолликулярная ангина. С целью диагностики необходимо взять мазки на ВЛ, флору и чувствительность к антибиотикам. Лечение: постельный режим, обильное питье и легкоусвояемая пища, антибактериальная, дезинтоксикационная, десенсибилизирующая терапия.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6
Контрольные вопросы	<p>1. Топография околоносовых пазух. Клиническое значение анатомо-топографических особенностей.</p> <p>2. Функции полости носа. Особенности строения слизистой оболочки дыхательной и обонятельной зон. Влияние носового дыхания на функции различных органов и систем.</p> <p>3. Гематома и абсцесс перегородки носа: этиология, клиническая картина, местные и общие осложнения, лечение.</p> <p>4. Острый фронтит. Этиология, патогенез, клиника. Методы исследования, диагностика. Лечение.</p>	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в Приложении № 1 к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1. Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU»

(www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн МультиТран (<http://www.multitrans.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации

(www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

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

Основная литература:

1. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471968.html>
2. Справочник оториноларинголога / А. С. Лопатин, А. В. Варвянская, Г. Р. Каспранская. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459270.html>
3. Трудные дыхательные пути. Как не испугаться и не ошибиться / Зайцев А. Ю., Светлов В. А., Дубровин К. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453681.html>
4. Справочник врача-оториноларинголога. / В. В. Вишняков. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461242.html>
5. Острые тонзиллиты (ангины) в практике скорой и неотложной медицинской помощи: руководство для врачей и фельдшеров / Н. Ф. Плавунов, В. А. Кадышев, Л. Н. Проскурина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970468753.html>
6. Профессиональные заболевания ЛОР-органов / В. Б. Панкова, И. Н. Фебина; под общ. ред. И. В. Бухтиярова, Н. А. Дайхеса. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460696.html>
7. На границе неврологии и оториноларингологии / М. В. Тардов, А. И. Крюков, А. В. Болдин [и др.]; под ред. А. И. Крюкова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476734.html>

Дополнительная литература:

1. Кашель у детей. Клиническое руководство / Г. А. Самсыгина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455326.html>
2. Острые респираторные заболевания у детей / Самсыгина Г. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451052.html>
3. Наружный отит: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / Г.Н. Никифорова, В.М. Свистушкин, А.Н. Славский и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36346>
4. Носовое кровотечение: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / А.Н. Славский, В.М. Свистушкин, С.В. Старостина и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36348>
5. Травмы носа: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / Ю.Ю. Русецкий, В.М. Свистушкин и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36350>
7. Физическая терапия в оториноларингологической практике: практическое руководство / А.Г. Буявых. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36025>

8. Болезни глотки: учебное пособие / Е.В. Носуля, И.А. Ким, А.К. Винников. - Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/13700>
9. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. - 3-е изд., доп. - Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/4907>
10. Онкологическая патология в практике врача-оториноларинголога: учебное пособие / Н. А. Дайхес, В. В. Виноградов, С. С. Решульский [и др.]. - Москва: ГЭОТАР- Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459881.html>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по дисциплине «Оториноларингология» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Оториноларингология» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Оториноларингология» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Помещение для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования – укомплектовано специализированной мебелью для хранения оборудования и техническими средствами для его обслуживания.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы специалитета.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Оториноларингология» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Оториноларингология» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает:

1) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:

– размещение в местах доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, в адаптированной форме справочной информации о расписании учебных занятий;

– присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;

– выпуск альтернативных форматов методических материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);

2) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:

– надлежащими звуковыми средствами воспроизведение информации;

3) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата:

– возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях.

Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях.

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования, а также услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ»

Специальность ординатуры	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач-оториноларинголог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**
по дисциплине «**Оториноларингология**»
для специальности **31.08.58 Оториноларингология**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Анатомия, физиология и патологическая физиология носа, околоносовых пазух; наружного, среднего и внутреннего уха; глотки и гортани. Методы исследования.	УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 2. Заболевания носа и околоносовых пазух.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ
Раздел 3. Заболевания глотки, пищевода и шеи.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 4. Заболевания гортани и трахеи.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 5. Заболевания наружного, среднего и внутреннего уха.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 6. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ТЗ, СЗ
Раздел 7. Травмы, инородные тела носа и придаточных пазух, неотложная помощь при них.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ТЗ, СЗ
Раздел 8. Травмы, инородные тела уха, неотложная помощь при них	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ТЗ, СЗ
Раздел 9. Травмы, инородные глотки, пищевода, неотложная помощь при них	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ТЗ, СЗ
Раздел 10. Травмы, инородные тела гортани, трахеи, неотложная помощь.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ТЗ, СЗ
Раздел 11. Организации помощи пациентам с заболеваниями ЛОР-органов	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ
Раздел 12. Актуальные вопросы детской оториноларингологии	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ
Раздел 13. Вопросы ЛОР-онкологии	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 14. Врачебная и трудовая экспертиза при заболеваниях ЛОР-органов. Медицинская реабилитация	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ
Раздел 15. Сурдология	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ТЗ, СЗ
Раздел 16. Фониатрия.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ, СЗ
Раздел 17. Профессиональные заболевания ЛОР-органов.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ
Раздел 18. Междисциплинарные вопросы при заболеваниях головы и шеи: неврология, стоматология, челюстно-лицевая хирургия, офтальмология в практике врача-оториноларинголога.	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ

* виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ), ситуационные задачи (СЗ)

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	КВ, СЗ, ТЗ, Д, П
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	КВ, СЗ, ТЗ, ПН
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	КВ, СЗ, ТЗ, ПН
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	КВ, СЗ, ТЗ
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	КВ, СЗ, ТЗ
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	КВ, -П, Д
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	КВ, ТЗ
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	КВ, СЗ, ТЗ
ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза.	КВ, СЗ, ТЗ, ПН
ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	КВ, СЗ, ТЗ, ПН

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи, Д – доклады, П-презентации

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и	УК-1.1. Анализирует и оценивает достижения в области фармации, используя подход.	Знает: - возрастные особенности ЛОР органов, норму и патологию; - методы критического анализа и оценки достижений в области медицины и фармации; - методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях;	КВ, СЗ, ТЗ

способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте		- профессиональные источники информации: учебную и научную литературу, нормативные документы; профессиональные базы данных, интернет-ресурсы, необходимые в рамках специальности	
	УК-1.2. Критически оценивает и способы применения в области медицины и профессиональном контексте.	Умеет: - анализировать информацию с целью повышения профессиональной квалификации, при подготовке к публичному представлению материала; - определять качество информации в научных публикациях с позиций доказательной медицины; - использовать в работе профессиональные источники информации.	КВ, ТЗ, СЗ
	УК-1.3. Использует методы и темного анализа достижений в ины и фармации для их в профессиональном контексте.	Владеет: - навыками поиска информации и критического анализа профессиональной литературы; - навыками анализа эффективности методов диагностики и лечения с позиций доказательной медицины; - методами сравнительного системного анализа информации различных	КВ, ТЗ, СЗ

**Оценочные средства:* КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи

Общепрофессиональные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и проводит осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	Знает: - этиопатогенез, патоморфологию, классификацию заболеваний ЛОР органов; - патологические состояния, симптомы, синдромы, - дифференциальную диагностику,	КВ, ТЗ, СЗ

		<p>ОПК-4.2. Знает этиопатогенез, патоморфологию, классификацию, патологические состояния, симптомы, синдромы, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояний и формулирует диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)</p>	<p>-особенности течения, осложнения и исходы заболеваний; - порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, - Международную классификацию болезней (МКБ); - основные методы лабораторных и инструментальных обследований, показания к их назначению, - правила интерпретации полученных результатов. Умеет: - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни; -проводить осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; -составлять план обследования пациента и интерпретирует полученные результаты;</p>	<p>КВ, ТЗ, СЗ</p>
		<p>ОПК-4.3. Составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациентов и направляет пациентов на инструментальное и (или) лабораторное обследование, и (или) на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>-устанавливать причинно-следственную связь между воздействием каких-либо факторов и состоянием здоровья; - определять клиническую картину основных заболеваний; - пользоваться МКБ для постановки диагноза; - применять лабораторные и инструментальные методы исследований и интерпретировать полученные результаты; - оценивать результаты выполненных исследований, в том числе вспомогательных (лучевых, функциональных, лабораторных) Владеет: - навыками клинического осмотра и основ пропедевтики заболеваний; - методами дифференциальной диагностики при постановке диагноза; - навыками установления диагноза с учетом действующей МКБ; - правилами интерпретации полученных результатов при лабораторном и инструментальном обследовании пациентов; - навыками обеспечения безопасности диагностических манипуляций.</p>	<p>КВ, ТЗ, СЗ</p>
<p>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>		<p>ОПК-5.1. Разрабатывает план лечения и назначает лекарственные препараты медицинские изделия, лечебное питание и (или) немедикаментозное лечение; проводит мониторинг течения заболевания и корректирует лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи,</p>	<p>Знает: - показания и противопоказания к назначению медикаментозных, немедикаментозных, хирургических методов лечения; - механизмы действия лекарственных препаратов и проблемы совместимости лекарственных средств; -побочные действия и осложнения диагностических и лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов, хирургических вмешательств; - методы обезболивания, требования асептики и антисептики</p>	<p>КВ, ТЗ, СЗ</p>

		<p>клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>- принципы и методы оказания первичной, специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи.</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разрабатывать обоснованный комплексный план лечения с учетом возраста и пола, особенностей клинической картины заболевания: назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание; - анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий и оценивать эффективность и безопасность их применения; - определять медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций; - разрабатывать план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляциям; - выполнять медицинские вмешательства, отдельные этапы и хирургические вмешательства при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; - оценить эффективность проводимого лечения; - корректировать назначенное лечение, предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципами применения клинических рекомендаций, протоколов и современных методов лечения заболеваний; - методами оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при лечении пациентов 	
	<p>ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации</p>	<p>ОПК-6.1. Составляет план мероприятий медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы медицинской реабилитации, механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм; - методы медицинской реабилитации; - медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; - критерии оценки качества реабилитационного процесса - медицинские показания для назначения и проведения санаторно-курортного лечения. <p>Умеет:</p>	<p>КВ, СЗ, ТЗ</p>
		<p>ОПК-6.2. Проводит мероприятия медицинской реабилитации</p>		

	или абилитации инвалидов	<p>пациентов, контролирует их эффективность и безопасность в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов</p>	<ul style="list-style-type: none"> - определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации; - разрабатывать план реабилитационных мероприятий; - применять различные формы и методы реабилитации пациентов; - определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения; - оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками проведения мероприятий по медицинской реабилитации; - навыками оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации. 	
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	<p>ОПК-7.1. Проводит отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров и выносит медицинские заключения по их результатам</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок выдачи листов нетрудоспособности; - порядки проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров; - медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров и выносить медицинские заключения по их результатам; - определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции слуха; - выдавать листка нетрудоспособности; - при необходимости направить пациентов на медико-социальную экспертизу. <p>Владеет:</p>	КВ, ТЗ, СЗ
		<p>ОПК-7.2. Определяет признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции слуха, проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов в том числе в составе врачебной комиссии медицинской организации, выдает листки нетрудоспособности</p>		
		<p>ОПК-7.3. Подготавливает необходимую медицинскую документацию для экспертизы</p>		

		<p>пациентов и направляет пациентов для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных центрах.</p>	<ul style="list-style-type: none"> - навыками определения признаков временной и стойкой нетрудоспособности и проведения экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности, включая оценку состояния пациента, функциональных нарушений, прогноза и трудоспособности; - навыками направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности для прохождения медико-социальной экспертизы - навыками формулировки медицинских заключений по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров 	
ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения	<p>ОПК-8.1. Пропагандирует здоровый образ жизни, профилактику заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа, осуществляет санитарно-просветительную работу, разрабатывает и реализовывает программы формирования здорового образа жизни.</p> <p>ОПК-8.2. Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию с целью раннего выявления заболеваний и основных факторов риска, диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями</p> <p>ОПК-8.3. Назначает профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартом медицинской помощи и контролирует их соблюдение.</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов; - принципы диспансерного наблюдения; - формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ; - основы здорового образа жизни, методы его формирования; - вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний; - разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ; - проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии; - определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней; - проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции; - назначать профилактические мероприятия пациентам. 	КВ, ТЗ, СЗ	

			<p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками формирования программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ; - навыками назначения профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартом медицинской помощи; - навыками контроля соблюдения профилактических мероприятий; - навыками определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней - навыками оформления и направления в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания; - навыками проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний; - навыками оценки эффективности профилактической работы с пациентами. 	
	<p>ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ОПК-9.1. Составляет план работы и отчет о своей работе.</p> <p>ОПК-9.2. Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, анализирует медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения</p> <p>ОПК-9.3. Организует деятельность и контролирует выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правила оформления медицинской документации, в том числе в электронном виде; - правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; - методику проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, смертности; - принципы организации деятельности и должностные обязанности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять план работы и отчет о своей работе; - вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; - анализировать медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности; - использовать в работе информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»; 	<p>КВ, ТЗ, СЗ</p>

			<p>- осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками использования медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; - навыками использования в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну; - навыками организации деятельности и управления командой подчиненных; - навыками контроля выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала - методами обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. 	
	<p>ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.</p> <p>ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), применяет лекарственные препараты и медицинские изделия.</p> <p>ОПК-10.3. Выполняет мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); - клинические признаки состояний, представляющих угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания); - методы оказания первой помощи при неотложных состояниях, направленные на поддержание жизненно важных функций организма человека. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - диагностировать состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти; - оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни; - осуществлять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания); - навыками оказания медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти. 	<p>КВ, ТЗ, СЗ</p>

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи*

Профессиональные компетенции

Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Тип задач профессиональной деятельности: Медицинская деятельность				
Медицинская деятельность	ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза.	<p>ПК-4.1. Интерпретирует и анализирует информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p> <p>ПК-4.2. Оценивает анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа; применяет методы исследования при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>ПК-4.3. Интерпретирует и анализирует результаты инструментального и (или) лабораторного обследования, и (или) анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p> <p>ПК-4.4. Способен применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи,</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа у пациентов в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях; - возрастные анатомо-физиологические особенности ЛОР органов; - этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) патологических состояний уха, горла, носа; - порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; - стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; - методику сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - методику осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - методы лабораторных и инструментальных исследований для диагностики заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации результатов; - патологические изменения уха, горла, носа; - профессиональные заболевания и (или) состояния уха, горла, носа; - заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, требующие направления пациентов к врачам-специалистам - заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме; - заболевания и (или) состояния иных органов и систем, сопровождающиеся изменениями со стороны уха, горла, носа; - симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и 	КВ, СЗ

		<p>обеспечивать безопасность диагностических манипуляций</p> <p>ПК-4.5. Определяет медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p> <p>ПК-4.6. Выявляет симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p>	<p>непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;</p> <p>- Международную классификацию болезней (МКБ-10).</p> <p>Умеет:</p> <p>- собрать и проанализировать информацию о состоянии уха, горла, носа пациента (жалобы, анамнез, оториноларингологический осмотр);</p> <p>- оценивать анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях;</p> <p>- применять методы при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи:</p> <ul style="list-style-type: none"> - комплекс стандартного оториноларингологического обследования; - риноскопия, задняя риноскопия; - фарингоскопия; - ларингоскопия (непрямая и прямая); - отоскопия; - пальцевое исследование глотки; - ольфактометрия; - исследование функции носового дыхания; - основные аудиологические и вестибулометрические тесты; <p>- комплекс специфического обследования (эндоскопическая ревизия полости носа, носоглотки и околоносовых пазух, эндоскопия уха, микроскопия уха, горла, носа, стробоскопия);</p> <p>- основные этапы диагностики, в том числе дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний, доброкачественных и злокачественных опухолей, травматических повреждений и аномалий развития уха, носа и околоносовых пазух, глотки, гортани и трахеи, горла;</p> <p>- комплекс обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа при внутричерепных, внутриглазных и внечерепных осложнениях, а также при профессиональных болезнях;</p> <p>- интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;</p>	
--	--	---	---	--

			<ul style="list-style-type: none">- обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;- обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;- обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи;- интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;- выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;- применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций;- определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;- выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических	
--	--	--	---	--

			<p>процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа.</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками сбора жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - навыками осмотра пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - правилами формулирования предварительного диагноза и составление плана лабораторных и инструментальных обследований пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - правилами направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа на инструментальное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - правилами направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа на лабораторное обследование в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - правилами направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. 	
	<p>ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>ПК-5.1. Определяет медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций. Разрабатывает план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляциям. Выполняет отдельные этапы или хирургические вмешательства пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «Оториноларингология»; - стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях уха, горла, носа; - клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и травмами уха, горла, носа; - современные методы лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими 	<p>КВ, СЗ</p>

		<p>медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Оценивает результаты хирургических вмешательств у пациентов</p>	<p>рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в оториноларингологии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; 	
		<p>ПК-5.2. Способен разработать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<ul style="list-style-type: none"> - методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла и носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - медицинские показания для назначения слухопротезирования и методы коррекции слуха; - принципы и методы хирургического лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; 	<p>КВ, СЗ</p>
		<p>ПК-5.3. Способен предотвратить или устранить осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств</p>	<ul style="list-style-type: none"> - манипуляции при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - медицинские изделия, в том числе хирургический инструментарий, расходные материалы, применяемые при хирургических вмешательствах, манипуляциях на ухе, горле, носе; - методы обезболивания в оториноларингологии; - требования асептики и антисептики; - принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе, в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. <p>Умеет:</p>	

			<ul style="list-style-type: none"> - разрабатывать план лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий - оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - назначать медицинские изделия и лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - разрабатывать план подготовки пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к хирургическому вмешательству или манипуляциям; - выполнять медицинские вмешательства, отдельные этапы и хирургические вмешательства при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа: <ul style="list-style-type: none"> - анемизация слизистой полости носа (нижнего и среднего носового хода) с применением навивных зондов; - прижигание кровотокающего сосуда в полости носа; - передняя и задняя тампонады полости носа; - первичная хирургическая обработка ран уха, горла и носа; - вскрытие фурункула и карбункула носа; - вскрытие гематомы и абсцесса перегородки носа; - удаление инородных тел носа; - пункция верхнечелюстных пазух носа; - внутриносовая блокада; - ультразвуковая, радиоволновая, лазерная дезинтеграция носовых раковин; - вазотомия нижних носовых раковин; 	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none">- подслизистая резекция носовых раковин;- подслизистая резекция перегородки носа;- репозиция костей носа;- отслойка слизистой оболочки перегородки носа при рецидивирующих носовых кровотечениях;- операция на верхнечелюстной, лобной пазухах и клетках решетчатого лабиринта;- трепанопункция лобной пазухи;- туалет полости носа больным после ринохирургических вмешательств;- промывание лакун небных миндалин и туширование задней стенки глотки;- вскрытие паратонзиллярного абсцесса;- вскрытие заглоточного, боковоглоточного абсцессов;- аденотомия;- тонзиллотомия;- тонзилэктомия;- удаление инородных тел глотки и носоглотки;- вскрытие флегмоны шеи;- удаление инородных тел гортани;- вскрытие абсцесса надгортанника;- промывание аттика;- парацентез барабанной перепонки и шунтирования барабанной полости;- промывание аттика;- пункция и вскрытие отогематомы;- обработка ушной раковины при ожогах и обморожениях;- вскрытие фурункула наружного слухового прохода;- удаление инородного тела наружного слухового прохода;- остановка ушных кровотечений;- антропункция- антротомия;- радикальная (общеполостная) операция на ухе;- туалет наружного слухового прохода методом кюретажа и ирригации;- туалет наружного слухового прохода и перевязка пациентов после отохирургических вмешательств;- туалет среднего уха больным с мезотимпанитом;- продувание слуховых труб по Политцеру;- катетеризация слуховых труб;	
--	--	--	--	--

			<ul style="list-style-type: none"> - забор материала из уха, горла, носа и смежных областей для бактериологического, цитологического, гистологического методов исследования (в том числе проведение тонкоигольчатой биопсии); - разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - проводить мониторинг заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения; - оказывать медицинскую помощь пациентам при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: <ul style="list-style-type: none"> - остановка кровотечения из уха, горла, носа; - восстановление дыхания пациента при угрожающих жизни нарушениях дыхания через верхние дыхательные пути (ротоглотка, гортань); - удаление инородного тела из уха, горла, носа; - оказание неотложной помощи при травмах уха, горла, носа; - оказание неотложной помощи при ожогах и обморожениях уха, горла, носа; - оказание неотложной помощи при гнойно-воспалительных процессах, в том числе абсцессах, флегмонах уха, горла, носа; - оказание неотложной помощи при развитии внутричерепных и орбитальных осложнений заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правилами разработки плана лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа с учетом диагноза, возраста и клинической картины в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none">- правилами назначения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- правилами назначения немедикаментозного лечения: физиотерапевтических методов, рефлексотерапии, лечебной физкультуры, гирудотерапии пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;-навыками выполнения отдельных этапов или хирургических вмешательств пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;- навыками оценки результатов хирургических вмешательств у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа.;- профилактикой или лечением осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств;- правилами оказания медицинской помощи при неотложных состояниях у пациентов, в том числе, в чрезвычайных ситуациях, с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа:<ul style="list-style-type: none">-остановка кровотечения из уха, горла, носа;-восстановление дыхания пациента при угрожающих жизни нарушениях дыхания через верхние дыхательные пути (ротоглотка, гортань);-удаление инородного тела из уха, горла, носа;-оказание неотложной помощи при травмах уха, горла, носа;-оказание неотложной помощи при ожогах и обморожениях уха, горла, носа;-оказание неотложной помощи при гнойно-воспалительных процессах, в том числе при абсцессах, флегмонах уха, горла, носа;	
--	--	--	--	--

			-оказание неотложной помощи при развитии внутричерепных и орбитальных осложнений заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа	
ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	ПК-6.1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Знает: - основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа; - методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа; - медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа; - механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа;	КВ, СЗ	
	ПК-6.2. Определяет медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы	- медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; - медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов;		КВ, СЗ
	ПК-6.3. Назначает слухопротезирование и дает рекомендации по уходу за слухопротезирующими устройствами	- показания и противопоказания для назначения слухопротезирующих устройств, методы ухода за ними - способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа; - медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов, требования к оформлению медицинской документации.		КВ, СЗ

			<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none">- определить возможность продолжения профессиональной деятельности пациента;- организовывать диспансеризацию, реабилитацию пациентов;- оформить надлежащим образом медицинскую документацию;- определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов;- разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов;- разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с ЛОР заболеваниями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов;- проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов;- определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов;- определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное ЛОР заболеваниями, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы;- оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов;- назначать слухопротезирование и давать рекомендации по уходу за слухопротезирующими устройствами. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none">-навыками составления плана мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками	
--	--	--	---	--

			<p>оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; - правилами направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - навыками оценки эффективности и безопасности мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. 	
--	--	--	--	--

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, СЗ-ситуационные задачи*

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

СЗ – ситуационные задачи

Критерии оценки сформированности компетенции на текущем этапе обучения

Оценка	Знать	Уметь
Неудовлетворительно	Фрагментарные знания	Частично освоенное умение
Удовлетворительно	Общие, но не структурированные знания	В целом успешное, но не систематически осуществляемое умение
Хорошо	Сформированные, но содержащие отдельные пробелы знания	В целом успешное, но содержащие отдельные пробелы умение
Отлично	Сформированные систематические знания	Сформированное умение

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточных аттестаций

Оценка	Вид задания		
	Собеседование по контрольным вопросам	Выполнение тестовых заданий	Решение ситуационных задач
Неудовлетворительно	при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Фрагментарные знания. Путаница в терминах и понятиях	70% и менее	ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу
Удовлетворительно	ответ неполный, требует наводящих вопросов. Нечёткое, сбивчивое изложение ответа с ошибками	71-80%	ординатор частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа
Хорошо	ответ полный, но требует дополнений. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.	81-90%	ординатор решил задачу правильно, однако, при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя
Отлично	ответ полный, не требует дополнений.	91-100%	ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно

Формальная шкала оценивания сформированности компетенций(шаблон)

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Неудовлетворительно	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Удовлетворительно/ неудовлетворительно	«Знает» на уровне ориентирования, представлений. Знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к определенной науке, отрасли или объектам, узнает их в текстах, изображениях или схемах и знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения

Удовлетворительно	«Знает» и «умеет» на репродуктивном уровне. Знает изученный элемент содержания репродуктивно: произвольно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях.
Хорошо	«Знает», «умеет» на аналитическом уровне. Знает на репродуктивном уровне и указывает на особенности и взаимосвязи изученных объектов, на их достоинства, ограничения, историю и перспективы развития и особенности для разных объектов усвоения.
Отлично	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет с оценкой.

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции и их индикаторы
Промежуточная аттестация № 1			
1 этап	Тестирование	ТЗ	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6
2 этап	Контрольные вопросы	КВ	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6
Промежуточная аттестация № 2			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6
2 этап	Ситуационные задачи	СЗ	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6
Промежуточная аттестация № 3			
1 этап	Тестирование	ТЗ	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6
2 этап	Контрольные вопросы	КВ	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

СЗ – ситуационные задачи

ПН – практические навыки

Раздел 1. Анатомия, физиология и патологическая физиология носа, околоносовых пазух; наружного, среднего и внутреннего уха; глотки и гортани. Методы исследования.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ПК-4)

- Лицевой череп: глазницы, наружный и внутренний нос, околоносовые пазухи, ротовая полость. Топографические особенности этих отделов. Мышцы головы (свода черепа, лица, околоушной и височной областей, затылка). Кровоснабжение: система наружной и внутренних сонных артерий. Синусы твердой мозговой оболочки: синусы крыши черепа и синусы основания. Венозная система. Особенности оттока крови из областей носа, околоносовых пазух. Лимфатическая система головы, локализация лимфатических узлов, особенности оттока лимфы от носа и ОНП.
- Наружный нос. Полость носа: носовые ходы, раковины, носовая перегородка, особенности ее кровоснабжения и иннервации, сообщения с околоносовыми пазухами. Топографические взаимоотношения с полостью черепа, рта, глазницами, крылонебными ямками.
- Околоносовые пазухи: верхнечелюстные, лобные, основные, решетчатый лабиринт.

4. Возрастные особенности носа и ОНП.
5. Строение слизистой оболочки носа и околоносовых пазух, кавернозные сплетения. Кровоснабжение, иннервация, лимфоотток, региональные лимфатические узлы.
6. Строение обонятельного анализатора. Микроструктура обонятельного эпителия.
7. Физиология носа и околоносовых пазух. Дыхательная функция. Транспортная функция мерцательного эпителия. Полость носа как рефлексогенная зона. Значение для организма нарушения носового дыхания. Обонятельная функция. Понятие о запахе и обонятельной чувствительности. Теории обоняния.
8. Эндоскопические методы исследования носа и околоносовых пазух.
9. Исследование дыхательной функции носа.
10. Пункция верхнечелюстных пазух через нижний и средний носовые ходы. Трепанопункция лобных пазух.
11. Исследование околоносовых пазух носа с помощью оптических средств. Аллергологическое обследование больных с патологией носа и околоносовых пазух. Способы рентгенологического исследования носа и околоносовых пазух. Интерпретация рентгенограмм.
12. Топографическая анатомия шеи, клетчаточные пространства. Мышечный аппарат глотки и гортани, связочный аппарат. Особенности кровоснабжения: система наружной и внутренних сонных артерий, анастомозы между этими системами. Венозная система. Лимфатическая система глотки и гортани. Границы и области шеи, межфасциальные пространства шеи. Топография шейного сосудисто-нервного пучка, шейного сплетения, возвратного нерва.
13. Глотка, ее отделы. Возрастные особенности. Строение стенок глотки. Развитие и строение миндалин. Лимфаденоидное глоточное кольцо. Паратонзиллярное и парафарингеальное пространства.
14. Гортань. Возрастные особенности. Парные и непарные хрящи гортани. Мышцы и связки гортани. Васкуляризация и иннервация гортани. Строение слизистой оболочки гортани. Пути оттока лимфы. Региональные лимфатические узлы.
15. Пищевод. Возрастные особенности. Строение стенки пищевода в верхнем, среднем и нижнем отделах. Кровоснабжение и иннервация. Сужения пищевода, их клинические значения.
16. Трахея. Бронхиальное дерево. Васкуляризация и иннервация. Пути лимфооттока. Региональные лимфатические узлы.
17. Физиология глотки. Физиология пищевода. Глотание: три фазы акта глотания. Запирательный механизм. Механизм движения пищи по пищеводу (твердой, жидкой).
18. Физиология гортани. Дыхательная, защитная, голосообразовательная функции гортани.
19. Эндоскопические методы исследования глотки. Осмотр кожных покровов передних и боковых отделов шеи, пальпация. Исследование вкусовой чувствительности. Исследование функции глотания и функции мягкого нёба.
20. Исследование гортани, трахеи и бронхов. Наружный осмотр кожных покровов шеи и грудной клетки. Пальпация, определение пассивной подвижности гортани и симптома «хруста хрящей гортани». Непрямая ларингоскопия. Прямая ларингоскопия.
21. Клиническая, топографическая анатомия и оперативная хирургия головы применительно к оториноларингологии. Череп. Мозговой череп, передняя, средняя и задняя черепные ямки, их содержимое. Основание черепа и его отверстия.
22. Мышцы головы (свода черепа, лица, околоушной и височной областей, затылка).
23. Кровоснабжение: система наружной и внутренних сонных артерий правой и левой сторон, анастомозы между этими системами. Синусы твердой мозговой оболочки: синусы крыши черепа и синусы основания.
24. Лицевой нерв: топография первого нейрона, ядер лицевого нерва в продолговатом мозге; типы параличей.
25. Топография тройничного, блуждающего и глазодвигательного нервов.
26. Ухо. Возрастные особенности уха. Топографическая анатомия, кровоснабжение и иннервация. Среднее ухо. Барабанная полость, ее стенки и содержимое, лабиринтная стенка, ход лицевого нерва, слуховая труба. Сосцевидный отросток. Строение слизистой оболочки среднего уха. Кровоснабжение и иннервация.
27. Внутреннее ухо. Костный и перепончатый лабиринты. Слуховой анализатор: кортиев (спиральный) орган, спиральный узел, улитковый нерв, ядра, корковый центр.
28. Вестибулярный анализатор: его рецепторы в мешочках преддверия и ампулах полукружных каналов. Строение отолитового рецептора и ампулярного рецептора.

Тестовые задания (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4)

1. Нистагм, возникающий или изменяющийся при определенном положении головы, называется:

- 1.Оптокинетическим.
- 2.Пневматическим.
- 3.Позиционным.
- 4.Установочным.
- 5.Калорическим.

Ответ: 3

2. Непроизвольные ритмические (двуфазные) движения глазных яблок называются:

- 1.Маятникообразными движениями глазных яблок.
- 2.Прослеживающими движениями глазных яблок.

3.Нистагмом.

4.Плавающими движениями глазных яблок.

Ответ: 3

3. Тошнота, рвота, изменение гемодинамики, повышенная саливация это:

1.Проявление вестибуло-соматической реакции.

2.Проявление вестибуло-вегетативной реакции.

3.Проявление вестибуло-сенсорной реакции.

4.Признаки гипертонического криза.

5.Признаки повышения внутричерепного давления.

Ответ: 2.

4. В саккулюсе и утрикулюсе располагается:

1.Купулярный аппарат.

2.Спиральная связка.

3.Кортиев орган.

4.Отолитовый аппарат.

5.Сосудистая полоска.

Ответ: 4.

5. При крайнем отведении глазных яблок возникает нистагм, который называют:

1.Позиционным.

2.Установочным.

3.Пневматическим.

4.Оптокинетическим.

5.Поствращательным.

Ответ: 2

6.Закон Эвальда гласит:

1.В горизонтальном полукружном канале движение эндолимфы к ампуле является наиболее сильной реакцией лабиринта (вызывает раздражение).

2.В горизонтальном полукружном канале движение эндолимфы от ампулы является наиболее сильной реакцией лабиринта (вызывает раздражение).

3.Движение эндолимфы в полукружных каналах вызывает нистагм.

4.Движение жидкости в вертикальном полукружном канале к ампуле является наиболее сильной реакцией (вызывает раздражение).

5.Движение жидкости в вертикальном полукружном канале от ампулы является наиболее сильной реакцией (вызывает раздражение).

Ответ: 1,3,5

7. Калорическая проба это:

1.Метод исследования отолитового аппарата.

2.Метод исследования купулярного аппарата.

3.Метод исследования купулярного и отолитового аппаратов.

4.Метод исследования целостности барабанной перепонки.

5.Метод исследования функции кохлеарного нерва.

Ответ: 2.

8. При проведении битермального калорического теста возможно определить только следующие показатели нистагменной реакции:

1.Длительность латентного периода, длительность нистагменной реакции.

2.Скорость быстрого компонента, скорость медленного компонента.

3.Качественные характеристики нистагменной реакции.

4.Частоту, амплитуду нистагма.

5.Все перечисленные показатели нистагменной реакции.

Ответ: 5.

9. Под влиянием силы гравитации происходит:

1.Раздражение купулярного аппарата горизонтального полукружного канала.

2.Раздражение купулярного аппарата сагиттального полукружного канала.

3.Раздражение купулярного аппарата фронтального канала.

4.Раздражение отолитового аппарата.

5.Раздражение купулярного и отолитового аппаратов.

Ответ: 4.

10. Реакция, при которой больной с патологией лабиринта, находящийся в позе Ромберга, отклоняется в сторону медленного компонента нистагма, по классификации В.И. Воячека называется:

1.Дисгармоничной.

2.Гармоничной.

3.Закономерной.

4.Типичной.

5. Атипичной.

Ответ: 2.

11. Если имеется фистула костной стенки горизонтального полукружного канала, повышение давления в наружном слуховом проходе вызывает нистагм, который называют:

1. Прессорный.
2. Спонтанный.
3. Калорический.
4. Оптикинети́ческий.
5. Установочный.

Ответ: 1.

12. Вестибулосенсорные реакции проявляются в следующих симптомах:

1. Нарушение мышечного тонуса.
2. Головокружение.
3. Нистагм.
4. Тошнота, рвота, изменение гемодинамики.
5. Зрительные нарушения.

Ответ: 2.

13. Методы исследования экспериментальных вестибулярных реакций:

1. Калорический тест.
2. Вращательный тест.
3. Отолитовая проба
4. Гальваническая проба.
5. Тональная аудиометрия

Ответ: 1,2,3,4

14. Оцениваемые вестибулярные реакции при калорическом тесте:

1. Отклонение туловища.
2. Побледнение.
3. Тошнота, рвота.
4. Головокружение.
5. Нистагм.
6. Все перечисленные показатели

Ответ: 1-5 или 6

15. Куда будет направлен нистагм при проведении калорической пробы с холодной водой в правом ухе:

1. Вправо.
2. Влево.
3. В обе стороны.
4. Вверх.
5. Нет нистагма.

Ответ: 2.

16. При 2-й степени отолитовой пробы по Воячеку соматическая реакция выражается:

1. Отсутствием отклонения.
2. Отклонением больше 30°
3. Отклонением до 5°
4. Отклонением на 5-30°

Ответ: 4.

17. Методика исследования ампулярного рецептора:

1. Калорический тест.
2. Вращательный тест по Барани.
3. Отолитовая реакция по Воячеку.
4. Качели Хилова.
5. Непрямая отолитометрия.

Ответ: 1,2

18. Пути формирования вестибуло-соматических реакций лабиринта:

1. tr. vestibulo-longitudinalis.
2. tr. vestibulo-spinalis.
3. tr. vestibulo-cerebellaris.
4. tr. vestibulo-corticalis.
5. tr. vestibulo-reticularis.

Ответ: 1,2,3

19. Ионный состав эндолимфы:

1. $K^+ = Na^+$
2. $K^+ > Na^+$
3. $K^+ < Na^+$

4. Ca⁺

Ответ: 2.

20. В состав отолитового рецепторного органа входят:

1. Cristae (гребешок).

2. Cupula (кисточка).

3. Macula (пятно).

4. Волосковые клетки.

5. Отолиты.

6. Желеобразная субстанция.

Ответ: 3,4,5,6

21. Объем эндолимфы:

1. 20 мм³

2. 2,7 мм³.

3. 4,2 мм³.

4. 7,8 мм³.

Ответ: 2.

22. Адекватный раздражитель для отолитового рецептора:

1. гравитация.

2. прямолинейное ускорение, центробежная сила

3. угловое ускорение.

4. прямолинейное ускорение.

5. центробежная сила.

Ответ: 1,4,5

23. При патологии лабиринта больной в позе Ромберга при повороте головы в сторону:

1. Отклоняется в сторону быстрого компонента нистагма.

2. Отклоняется в сторону медленного компонента нистагма.

3. Отклонение не зависит от направления нистагма.

4. Отклонение не зависит от поворота головы.

Ответ: 2.

24. При патологии мозжечка во время фланговой походки:

1. Происходит падение в сторону медленного компонента нистагма.

2. Происходит падение в сторону быстрого компонента нистагма.

3. Удовлетворительное выполнение теста в обе стороны.

4. Проба не выполняется.

Ответ: 4.

25. Вегетативные реакции при 1-й степени отолитовой пробы по Воячеку:

1. Побледнение лица, брадикардия, покраснение кожи лица.

2. Рвота, обморок.

3. Отсутствие реакции.

4. Холодный пот, тошнота.

5. Нистагм при взгляде в сторону быстрого компонента.

Ответ: 1.

26. При раздражении латерального полукружного канала возникает нистагм:

1. Горизонтальный.

2. Вертикальный.

3. Ротаторный.

4. Диагональный.

Ответ: 1.

27. При вращательном тесте (пробе Барани) в одну сторону в норме:

1. Раздражается один правый лабиринт.

2. Раздражаются оба лабиринта.

3. Раздражается один левый лабиринт.

4. Лабиринты не раздражаются.

Ответ: 2.

28. Нистагм второй степени выявляется при фиксации взгляда:

1. В сторону быстрого компонента.

2. В сторону медленного компонента.

3. При взгляде прямо.

4. При любом отклонении глазного яблока в стороны и прямо

Ответ: 3.

29. Жидкость, которая заполняет мешочки преддверия, называется:

1. Перилимфа.

2. Ликвор.

3. Эндолимфа.

4. Кортилимфа.

Ответ: 3.

30. Тугоухость, обусловленная наличием серной пробки, называется:

1. Кондуктивной.

2. Нейросенсорной (перцептивной).

3. Смешанной.

Ответ: 1

31. Нистагм третьей степени выявляется при фиксации взгляда:

1. Только в сторону быстрого компонента.

2. В сторону медленного компонента.

3. Только при взгляде прямо.

4. Только при закрытых глазах

Ответ: 2

31. Вестибулярный нистагм имеет:

1. Двухкомпонентный ритмичный, характер.

2. Маятникообразный характер.

3. Периодический и неритмичный характер.

Ответ: 1

32. Экспериментальный калорический тест направлен на определение функции следующих рецепторных отделов вестибулярного аппарата:

1. Отолитового аппарата

2. Купулярного аппарата

3. Отолитового и купулярного аппаратов

Ответ: 2

33. Перилимфа улитки посредством водопровода улитки соединяется с:

1. Барабанной полостью.

2. С подпаутинным пространством задней черепной ямки.

3. С четвертым желудочком мозга.

Ответ: 2

34. Улитковый ход непосредственно сообщается:

1. Ампулами полукружных каналов.

2. Со сферическим мешочком преддверия.

3. С продолговатым мешочком преддверия.

Ответ: 2

35. При пробе Кобрака оценка реакции производится:

1. По температуре вливаемой воды

2. По количеству влитой воды, потребовавшейся для выявления нистагма.

3. По латентному периоду от момента вливания воды до появления нистагма.

Ответ: 3

35. Вестибулярный нистагм - это:

1. Ритмическое, произвольное двухкомпонентное отклонение глаз в определенной плоскости.

2. Периодическое отклонение глаз в определенной плоскости.

3. Смещение взора в сторону.

Ответ: 1

36. В норме при вращении в одну сторону:

1. Раздражаются оба лабиринта.

2. Раздражается один лабиринт.

3. Лабиринты не раздражаются.

Ответ: 1

37. Вестибулярный ганглий расположен:

1. В преддверии лабиринта в сферическом и эллиптическом мешочках

2. В полукружных каналах.

3. Во внутреннем слуховом проходе.

4. В области спиральной костной пластинки

5. На площадке пирамиды височной кости

Ответ: 3

38. В общем колене сливаются гладкие концы следующих каналов:

1. Сагиттального и фронтального.

2. Фронтального и горизонтального.

3. Горизонтального и сагиттального.

Ответ: 1

39. Направление вестибулярного нистагма определяется:

1. По быстрому компоненту.
2. По медленному компоненту.
3. Не связано с характером компонента нистагма.

Ответ: 1

40. При проведении калорической пробы нистагменная реакция оценивается:

1. По количеству введенной в слуховой проход воды, требуемой для вызывания нистагма.
2. По степени вызванного нистагма и его длительности, продолжительности латентного периода, выраженности вегето-сенсорных реакций.
3. Продолжительности латентного периода, выраженности вегетосенсорных реакций.

Ответ: 2

41. Адекватным раздражителем купулярного аппарата является:

1. Прямолинейное ускорение.
2. Угловое ускорение.
3. Сила тяжести, центробежная сила, прямолинейное ускорение.
4. прямолинейное ускорение

Ответ: 2

42. Рецептор отолитового аппарата находится:

1. В улитке внутреннего уха.
2. Во внутреннем слуховом проходе.
3. В мешочках преддверия лабиринта.
4. В ампулах полукружных каналов

Ответ: 3

43. Внутренний слуховой проход открывается в следующую черепно-мозговую ямку:

1. Среднюю
2. Заднюю
3. Переднюю

Ответ: 2

44. Нистагм первой степени выявляется при:

1. При взгляде прямо.
2. При взгляде в сторону медленного компонента.
3. При взгляде в сторону быстрого компонента.
4. При взгляде в стороны и прямо.

Ответ: 3

45. При профотборе целесообразно использовать следующие вестибулярные тесты:

1. Калорическая проба, прессорная проба, вращательная проба Барани
2. Вращательная проба Барани, отолитовая реакция Воячека, фланговая походка.
3. Отолитовая реакция Воячека, качание на 4-х штанговых качелях Хилова, вращение на специальных центрифугах.
4. Вращательная проба Барани, отолитовая реакция Воячека

Ответ: 3

46. При проведении вращательной пробы Барани нистагм определяется:

1. В конце вращения.
2. В начале вращения.
3. Во время вращения.

Ответ: 1

47. Симптомы морской болезни быстрее возникают при максимальном возбуждении:

1. Купулярного аппарата.
2. Отолитового аппарата.
3. Интерорецепторов внутренних органов.

Ответ: 2

48. Жидкость, заполняющая перепончатый лабиринт, называется:

1. Перилимфа.
2. Ликвор.
3. Эндолимфа.
4. Плазма
5. Транссудат

Ответ: 3

49. При проведении калорической пробы «теплой» водой берется вода температурой:

1. 38 - 45 градусов (по Цельсию).
2. 50 - 60 градусов.
3. 36 - 38 градусов.

4. 100 градусов

Ответ: 1

50. Реактивные отклонения мышц туловища и конечностей при дисфункции лабиринта направлены:

1. В сторону быстрого компонента нистагма.
2. Направление их не связано с направлением нистагма.
3. В сторону медленного компонента нистагма.

Ответ: 3

51. Для того чтобы выявить нистагм 1-й степени взгляд испытуемого целесообразно фиксировать в сторону следующего компонента нистагма:

1. В сторону быстрого компонента нистагма.
2. В сторону медленного компонента нистагма.
3. При взгляде прямо.

Ответ: 1

52. Оптикинети́ческий нистагм возникает вследствие:

1. Зрительного раздражения движущимися предметами.
2. Первичного возбуждения отолитового аппарата.
3. Первичного возбуждения купулярного аппарата.

Ответ: 1

53. На медиальной стенке барабанной полости находятся следующие отделы вестибулярной части лабиринта:

1. Ампула сагитального полукружного канала.
2. Ампула горизонтального полукружного канала.
3. Преддверие и ампула горизонтального полукружного канала.

Ответ: 3

54. При проведении калорической пробы холодной водой берется вода температурой:

- 1 20-30 градусов.
- 2 36 - 38 градусов.
- 3 0 - 2 градуса.

Ответ: 1

55. При оценке нистагма фиксатор (палец врача) должен находиться от глаз испытуемого на расстоянии:

- 2 см.
- 60 - 70 см.
- 10 см.

Ответ: 2

56. Прессорный нистагм выявляется:

- 1 В норме.
- 2 При ограниченном лабиринтите.
- 3 При диффузном гнойном лабиринтите.
- 4 При отосклерозе

Ответ: 2

57. Отолитовый аппарат:

1. Оказывает тормозящее влияние на нистагм, вызванный возбуждением купулярного аппарата.
2. Не оказывает влияния на продолжительность, интенсивность того же нистагма.
3. Является образованием, которое способствует усилению нистагма, вызванного возбуждением купулярного аппарата.

Ответ: 3

57. По водопроводу преддверия проходит:

1. Слуховой нерв.
2. Перилимфа.
3. Эндолимфа.

Ответ: 2

58. Определения нистагма как «мелкоразмашистый», «крупноразмашистый» указывают на следующее качество нистагма:

1. Скорость нистагма.
2. Степень нистагма.
3. Амплитуда нистагма.

Ответ: 3

59. К спонтанным вестибулярным симптомам относятся:

- Головокружение, поствращательный нистагм, тошнота, бледность, потливость.
- Головокружение, тошнота, рвота, спонтанный нистагм, расстройства равновесия.
- Тошнота, рвота, головокружение, спонтанный и прессорный нистагм.

Ответ: 2

60. Продолжительность поствращательного нистагма по Барани в норме чаще всего варьирует в пределах:

1. 5-10 сек.

2. 30 - 95 сек.

3. 15-45 сек.

Ответ: 3

61. Под влиянием прямолинейного ускорения происходит:

1. Перемещение отолитовой мембраны.
2. Отклонение купулы полукружного канала.
3. Деформация перепончатых образований улитки.

Ответ: 1

62. Костные полукружные каналы открываются:

1. В основной завиток улитки.
2. В преддверие лабиринта.
3. Во внутренний слуховой проход.
4. В ампулы

Ответ: 2

63. Нистагм направлен в следующую сторону:

1. В сторону ампулопетального тока эндолимфы в горизонтальном полукружном канале.
2. В сторону ампулофугального тока эндолимфы в горизонтальном полукружном канале.
3. При ампулопетальном токе эндолимфы в одном из вертикальных каналов. Ответ: 1

64. Нистагм второй степени выявляется при взгляде:

1. Только в сторону быстрого компонента.
2. Прямо.
3. В сторону медленного компонента.

Ответ: 2

65. Максимальная интенсивность нистагма наблюдается при:

1. Одновременном возбуждении отолитового и купулярного аппарата.
2. Изолированном возбуждении отолитового аппарата.
3. Изолированном возбуждении купулярного аппарата.

Ответ: 3

66. 8 пара черепно-мозговых нервов выходит в полость черепа через:

1. Через водопровод преддверия.
2. Через внутренний слуховой проход.
3. Через водопровод улитки.

Ответ: 2

67. Под системным головокружением понимается следующее:

1. Ложное ощущение перемещения предметов или самого больного в определенной плоскости и направлении.
2. «Тяжесть» в голове, «приливы» к голове.
3. Потемнение в глазах, «мушки в глазах» (фотопсия), потеря сознания.

Ответ: 1

68. Первый нейрон вестибулярного аппарата заканчивается:

1. В области продолговатого мозга.
2. В коре больших полушарий.
3. В зрительном бугре.

Ответ: 1

69. В ампуле каждого полукружного канала имеется следующее образование:

1. Костная спиральная пластинка (laminae cribrosae).
2. Костный шип (cristae ampularis).
3. Мыс (promontorium).

Ответ: 2

70. Законы Эвальда объясняют следующую вестибулярную реакцию:

- Реактивные отклонения рук, туловища и конечностей.
- Нистагм.
- Вегетативные реакции.

Ответ: 2

71. Отолитовая реакция основывается на оценке:

1. Вегетативных реакций и реактивных отклонений туловища.
2. Вегетативных реакций.
3. Нистагма, вегетативных реакций и реактивных отклонений туловища.

Ответ: 1

72. Адекватным раздражителем отолитового аппарата является:

1. Прямолинейное ускорение, центробежная сила, сила гравитации.
2. Угловое ускорение.
3. Звук.

4. Центробежная сила, сила гравитации

Ответ: 1

73. Эндолимфатический проток заканчивается:

1. Открывается в подпаутинное пространство.
2. Эндолимфатическим мешком.
3. Круглым окном преддверия лабиринта.

Ответ: 2

74. Купулярный аппарат расположен на:

1. Костной спиральной пластинке.
2. Стенке полукружного канала.
3. Костном гребне (cristae ampularis)
4. На maculae saculae, maculae utriculae

Ответ: 3

75. Для выявления нистагма в норме при проведении массовой калорической пробы чаще всего требуется следующее количество воды:

3 - 5 мл.

1. от 50 до 100 мл.
1. от 150 до 500 мл.

Ответ: 2

76. Фистульный симптом выявляется при проведении:

1. Калорической пробы.
2. Вращательной пробы.
3. Пневматической пробы (прессорной).
4. Указательной пробы

Ответ: 3

78. Вестибулярный аппарат летчика максимально возбуждается при:

1. Взлете самолета.
2. Посадке самолета.
3. Равномерном полете самолета по прямой.
4. Взлете и посадке

Ответ: 2

79. В норме кора больших полушарий:

1. Способствует усилению вестибулярных реакций.
2. Не оказывает влияния на интенсивность и продолжительность вестибулярных реакций.
3. Оказывает тормозящее влияние на вестибулярные реакции.

Ответ: 3

80. В преддверии лабиринта находятся следующие перепончатые образования:

1. Эндолимфатический проток, эндолимфатический мешок.
2. Ампулы полукружных каналов.
3. Эллиптический и круглый перепончатые мешочки.

Ответ: 3

81. Нистагм, возникающий или изменяющийся при определенном положении головы называется _____

Ответ: позиционным

82. Непроизвольные ритмические (двуфазные) движения глазных яблок называются _____

Ответ: нистагмом

83. Тошнота, рвота, изменение гемодинамики, повышенная саливация – это проявления вестибуло-_____реакций.

Ответ: вегетативных

84 В саккулосе и утрикулосе располагается рецепторный орган, который называется _____

Ответ: отолитовым

85. При крайнем отведении глазных яблок возникает нистагм, который называют _____

Ответ: установочным

86. Компонент нистагма, направленный в сторону угнетенного лабиринта, называется _____

Ответ: медленным

87. Компонент нистагма, направленный в сторону раздраженного лабиринта называется _____

Ответ: быстрым

88. Ток эндолимфы от ампулы к гладкому колону полукружного канала называется _____

Ответ: ампулофугальным

89. Ток эндолимфы в сторону ампулы называется _____

Ответ: ампулопетальным

90. Отклонение пациента в позе Ромберга в сторону медленного компонента нистагма, называется _____реакцией по классификации В. И. Воячека _____

Ответ: гармоничной

91. При наличии фистулы костной стенки горизонтального полукружного канала, повышение давления в наружном слуховом проходе вызовет нистагм, который называют _____
Ответ: прессорной
92. Жидкость, заполняющая перепончатый лабиринт, называется _____
Ответ: эндолимфой
93. Жидкость, заполняющая костный лабиринт, называется _____
Ответ: перилимфой
94. Вестибулосенсорные реакции проявляются в виде _____
Ответ: головокружения
95. Вестибулярный ганглий расположен во _____
Ответ: во внутреннем слуховом проходе
96. Калорическая проба это метод исследования _____ аппарата
Ответ: купулярного
97. Под влиянием силы гравитации происходит раздражение _____ аппарата.
Ответ: отолитового
98. При наличии фистулы костной стенки горизонтального полукружного канала, повышение давления в наружном слуховом проходе вызовет _____ нистагм
Ответ: прессорный
99. _____ тест, _____ проба, _____ проба - это методы исследования экспериментальных вестибулярных реакций
Ответ: калорический, вращательный, отолитовая, гальваническая
100. При проведении калорической пробы с вливанием холодной воды в правое ухо нистагм направлен _____.
Ответ: влево
101. Соматическая реакция 2-й степени при отолитовой пробе по Воячеку выражается отклонением на _____ градусов
Ответ: 5-30°
102. Исследование ампулярного рецептора проводится с помощью _____ теста и _____ теста. Ответ: вращательного, калорического
103. Вестибуло-соматические реакции лабиринта формируют _____, _____, _____ пути.
Ответ: Tr.vestibulo-longitudinalis, tr.vestibulo-spinalis, tr.vestibulo-cerebellaris.
104. Ионный состав эндолимфы _____.
Ответ: $K^+ > Na^+$ (преобладание K^+ над Na^+)
105. В состав отолитового рецепторного органа входят _____, _____, _____, _____.
Ответ: Macula (пятно), волосковые клетки, отолиты, желеобразная субстанция.
106. Объем эндолимфы составляет _____ мм³.
Ответ: 2,7
107. Адекватными раздражителями для отолитового рецептора являются _____, _____, _____.
Ответ: Гравитация, прямолинейное ускорение, центробежная сила.
108. При патологии лабиринта больной в позе Ромберга при повороте головы в сторону отклоняется _____ компонента нистагма.
Ответ: Отклоняется в сторону медленного компонента нистагма.
109. При патологии мозжечка пробу с фланговой походкой _____.
Ответ: не выполняют
110. Побледнение лица, брадикардия, покраснение кожи лица - это вегетативные реакции _____ степени отлитовой пробы по Воячеку.
Ответ: 1 степени
111. При раздражении латерального полукружного канала развивается нистагм в _____ плоскости.
Ответ: горизонтальной
112. Нистагм 1-ой степени выявляется при взгляде _____.
Ответ: При взгляде в сторону быстрого компонента
113. Нистагм третьей степени выявляется при фиксации взгляда _____.
Ответ: В сторону медленного компонента
114. Вестибулярный нистагм имеет _____ характер.
Ответ: Двухкомпонентный ритмичный характер.
115. Экспериментальный калорический тест направлен на определение функции _____ рецепторного отдела вестибулярного аппарата.
Ответ: Купулярного аппарата
116. Перилимфа улитки сообщается с _____ задней черепной ямки посредством водопровода _____.
Ответ: подпаутинным пространством, улитки

117. Улитковый ход непосредственно сообщается с _____ мешочком преддверия

Ответ: сферическим

118. Вестибулярный нистагм — это _____.

Ответ: Ритмическое, произвольное двухкомпонентное отклонение глаз в определенной плоскости

119. При вращении в пробе Барани в норме раздражаются _____ лабиринта.

Ответ: оба

120. В общем колена сливаются гладкие концы _____ и _____ каналов.

Ответ: сагиттального, фронтального

121. Направление вестибулярного нистагма определяется по _____ компоненту.

Ответ: быстрому

122. При проведении калорической пробы нистагменная реакция оценивается по продолжительности латентного периода, _____ нистагма, _____, _____, выраженности _____ реакций

Ответ: степени, длительности, вегетосенсорных

123. Адекватным раздражителем купулярного аппарата является _____ ускорение.

Ответ: Угловое.

124. В _____ находится рецептор отолитового аппарата.

Ответ: мешочках преддверия лабиринта

125. Внутренний слуховой проход открывается в _____ черепно-мозговую ямку.

Ответ: Заднюю.

126. Нистагм второй степени выявляется при взгляде _____.

Ответ: прямо

127. При профотборе целесообразно использовать такие вестибулярные тесты, как: _____, _____, _____.

Ответ: отолитовая проба Воячека, качание на 4-х-штанговых качелях Хилова, вращение на центрифугах

128. При проведении вращательной пробы Брани нистагм определяется в _____ вращения.

Ответ: конце

129. Симптомы морской болезни быстрее возникают при максимальном возбуждении _____ аппарата.

Ответ: отолитового

130. Мешочки преддверия заполнены _____.

Ответ: эндолимфой

131. При проведении калорической пробы «теплой» водой ее температура равна _____ градусов по Цельсию.

Ответ: 38-45°

132. В сторону _____ направлены реактивные отклонения мышц туловища и конечностей при дисфункции лабиринта.

Ответ: медленного компонента нистагма

133. Для того, чтобы выявить нистагм 1-й степени, взгляд испытуемого целесообразно фиксировать в сторону _____ компонента нистагма.

Ответ: быстрого

134. Оптикинети́ческий нистагм возникает вследствие _____.

Ответ: Зрительного раздражения движущимися предметами

135. На медиальной стенке барабанной полости находятся _____ и _____.

Ответ: Преддверие, ампула горизонтального полукружного канала.

136. При проведении калорической пробы холодной водой температура воды равняется _____ градусов.

Ответ: +20 - +30°

137. При оценке нистагма фиксатор (палец врача) должен находиться от глаз испытуемого на расстоянии _____ см.

Ответ: 60-70 см

138. Прессорный нистагм выявляется при _____.

Ответ: ограниченном лабиринтите

139. Отолитовый аппарат оказывает _____ влияние на нистагм, вызванный возбуждением _____.

Ответ: тормозящее, купулярного аппарата

140. По водопроводу преддверия проходит _____.

Ответ: Перилимфа

141. По амплитуде нистагм может быть _____, _____ и _____.

Ответ: Мелко-, средне-, крупноразмашистый

142. Спонтанные вестибулярные симптомы — это _____, _____, _____, _____.

Ответ: Головокружение, тошнота, рвота, спонтанный нистагм, расстройства равновесия

143. Продолжительность поствращательного нистагма по Барани в норме варьирует в пределах _____ секунд.

Ответ: 15-45

144. Под влиянием прямолинейного ускорения происходит перемещение _____ мембраны.

Ответ: отолитовой

145. Костные полукружные каналы открываются в _____.

Ответ: В преддверии лабиринта

146. Нистагм направлен в сторону _____ тока эндолимфы в _____ полукружном канале.

Ответ: ампулопетального, горизонтальном

147. Нистагм второй степени выявляется при взгляде _____.

Ответ: прямо

148. Максимальная интенсивность нистагма наблюдается при _____ возбуждении _____ аппарата.

Ответ: Изолированном, купулярного

148. 8-ая пара черепно-мозговых нервов через _____ выходит в полость черепа.

Ответ: внутренний слуховой проход

149. В ядрах _____, _____, _____, _____ заканчивается первый нейрон вестибулярной порции 8-ой пары черепно-мозговых нервов.

Ответ: Бехтерева, Дейтерса, Швальба и Роллера /переднем, заднем, медиальном, латеральном

150. Результаты отолитовой реакции и кумулятивного способа исследования отолитового аппарата на качелях Хилова оценивают на основании _____ и _____ реакций.

Ответ: Соматических, вегетативных

151. _____ ток эндолимфы в _____ полукружном канале вызывает более выраженный нистагм.

Ответ: Ампулопетальный, горизонтальном

152. Ток эндолимфы и смещение купулы полукружного канала возникают под влиянием _____ ускорения

Ответ: углового

153. Перепончатые полукружные каналы открываются в _____ мешочек.

Ответ: эллиптический

154. Вторичные нейроны вестибулярного аппарата соединяются с ядрами _____ нервов, _____ нерва, с _____, с _____ рогами спинного мозга, с _____ головного мозга.

Ответ: глазодвигательных, блуждающего, мозжечком, передними, корой

155. При оценке поствращательного нистагма взор должен быть фиксирован _____.

Ответ: В сторону, противоположную вращению

156. Нистагм всегда происходит в плоскости _____.

Ответ: перемещения эндолимфы

157. Бурные вестибулярные реакции возникают при _____ тормозящего влияния коры больших полушарий на подкорковые образования.

Ответ: ослаблении.

158. Костный лабиринт заполнен _____.

Ответ: Перилимфой

159. Улитковый ход соединяется со _____ мешочком.

Ответ: сферическим

160. Указательная проба Барани проводится для оценки _____.

Ответ: Степени отклонений конечностей и тела больного.

161. Системное головокружение это _____.

Ответ: Ложное ощущение перемещения (вращения) предметов или самого больного в пространстве (определенной плоскости и направлении)

162. Первый нейрон вестибулярного аппарата заканчивается в _____.

Ответ: области продолговатого мозга

163. В ампуле каждого полукружного канала имеется _____.

Ответ: Костный шип (cristae ampularis)/гребень.

164. Законы Эвальда объясняют такую вестибулярную реакцию, как _____.

Ответ: Нистагм

165. Отолитовая реакция основывается на оценке _____ реакций и реактивных отклонений _____.

Ответ: Вегетативных, туловища

166. Адекватными раздражителями отолитового аппарата являются _____, _____, _____.

Ответ: прямолинейное ускорение, центробежная сила, сила гравитации.

167. Эндолимфатический проток заканчивается _____.

Ответ: Эндолимфатическим мешком.

168. Купулярный аппарат расположен в ампуле полукружного канала на _____.

Ответ: cristae ampularis

169. Для выявления нистагма в норме при проведении калорической пробы чаще всего требуется от _____ до _____ мл воды.

Ответ: 50 до 100 мл

170. Противопоказанием к проведению калорической пробы является _____ барабанной перепонки

Ответ: перфорация

171. Фистульный симптом выявляется при проведении _____ пробы.

Ответ: Пневматической пробы (прессорной).

172. Вестибулярный аппарат летчика максимально возбуждается при _____ самолета.

Ответ: Посадке самолета

173. В норме кора больших полушарий оказывает _____ влияние на вестибулярные реакции.

Ответ: тормозящее

174. В преддверии лабиринта находятся _____ и _____ мешочки.

Ответ: Эллиптический, сферический

Установить соответствие

175	Раздражение вестибулярных рецепторов 1. Адекватное 2. Неадекватное	Методы исследования А. Калорический тест Б. Вращательный тест В. Отолитовая проба Г. Электрический ток
	Ответ: 1 – А, Б, В 2-Г	
176	Метод исследования вестибулярного анализатора 1. Калорический тест 2. Отолитовая проба	Оцениваемые вестибулярные реакции: А Отклонение туловища, побледнение, тошнота, рвота Б. Головокружение, нистагм
	Ответ: 1 – Б, 2-А	
177	Калорическая проба: 1. Правое ухо-холод 2. Правое ухо-тепло 3. Левое ухо-холод 4. Левое ухо-тепло	Направление нистагма: А. Вправо Б. Влево В. В обе стороны Г. нет нистагма
	Ответ: 1 – Б, 2-А, 3 – А, 4 - Б	
178	Степень отолитовой пробы по Воячеку 1.0 степень 2. 1 степень 3. 2 степень 4. 3 степень	Соматическая реакция: А. Отсутствие отклонения Б. Отклонение более 30° В. Отклонение до 5° Г. Отклонение на 5-30°
	Ответ: 1 – А, 2-В, 3 – Г, 4 - Б	
179	Рецепторный орган вестибулярного анализатора: 1. Ампулярный 2. Отолитовый	Методика исследования: А. Калорический тест Б. Вращательный тест Барани В. Отолитовая проба Воячека Г. Качели Хилова
	Ответ: 1 – А,Б, 2 - В,Г	
180	Реакции, возникающие при раздражении лабиринта: 1. Вестибулосенсорные 2. Вестибуло-соматические 3. Вестибуло-вегетативные	Пути формирования вестибулярных реакций: А. tr.vestibulo-longitudinalis Б. tr.vestibulo-spinalis В. tr.vestibulo-cerebellaris Г. tr.vestibulo-corticalis Д. tr.vestibulo-reticularis
	Ответ: 1 – Г, 2 – А,Б,В, 3 - Д	
181	Жидкости лабиринта: 1. Эндолимфа 2. Перилимфа	Ионный состав жидкостей лабиринта: 1. $K^+ = Na^+$ 2. $K^+ > Na^+$ 3. $K^+ < Na^+$
	Ответ: 1 – Б, 2 - В	
182	Рецепторный орган вестибулярного анализатора:	Анатомические элементы: А. Гребешок (crista)

	1. Ампулярный 2. Отолитовый	Б. Кисточка (cupula) В. Пятно (macula) Г. Отоконии (otoconiae)
	Ответ: 1 – А,Б, 2 – В,Г	
183	Жидкости лабиринта: 1. Эндолимфа 2. Перилимфа	Объем: А. 7,8мм ³ Б. 2,7мм ³
	Ответ: 1 – Б, 2 – А	
184	Рецепторный орган вестибулярного анализатора: 1. Ампулярный 2. Отолитовый	Адекватный раздражитель: А. Гравитация Б. Угловое ускорение В. Прямолинейное ускорение Г. Центробежное ускорение
	Ответ: 1 – Б, 2 – А,В,Г	
185	Патология: 1. Лабиринта 2. Мозжечка	Устойчивость в позе Ромберга при повороте головы в сторону: А. Отклоняется в сторону быстрого компонента нистагма Б. Отклоняется в сторону медленного компонента нистагма В. Положение головы не влияет на направление отклонения
	Ответ: 1 – Б, 2 - В	
186	Патология: 1. Лабиринта 2. Мозжечка	Выполнение фланговой походки: А. Падение в сторону медленного компонента нистагма Б. Падение в сторону быстрого компонента нистагма Г. Удовлетворительное выполнение и в сторону медленного компонента нистагма и в сторону быстрого компонента нистагма
	Ответ: 1 – Б, 2 - В	
187	Степень отолитовой пробы по Воячеку 2.0 степень 2. 1 степень 3. 2 степень 4. 3 степень	Вегетативные реакции: А. Побледнение лица, ослабление пульса Б. Рвота, обморок В. Отсутствие реакции Г. Холодный пот, тошнота
	Ответ: 1 – В, 2-А, 3 – Г, 4 - Б	
188	Раздражаемый канал лабиринта: 1. Латеральный 2. Передний 3. Задний	Характеристика нистагма по плоскости: А. Горизонтальный Б. Вертикальный В. Ротаторный
	Ответ: 1 – А, 2 – В, 3 - Б	
189	Степень нистагма: 1.1 степень 2.2 степень 3.3 степень	Положение глаз, при котором выявляется степень нистагма: А. При взгляде прямо Б. При взгляде в сторону медленного компонента нистагма В. При взгляде в сторону быстрого компонента нистагма
	Ответ: 1 – В, 2 – А, 3 - Б	

190. Выпуклость горизонтального полукружного канала в барабанной полости расположена:

1. На верхней стенке.
2. В антруме
3. На медиальной стенке, позади и выше канала лицевого нерва.+
4. На нижней стенке.
5. На медиальной стенке, впереди и ниже канала лицевого нерва.

191. В сосцевидном отростке различают следующие группы клеток:

1. Скуловые, угловые, верхушечные, пороговые, перисинуозные, перифациальные, перилабиринтные.+
2. Перилабиринтные, перифациальные, перисинуозные.
3. Верхушечные, угловые, перилабиринтные, перифациальные, перисинуозные, паратимпанальные, субпериостальные.

192. Остов ушной раковины образован:

1. мышечной тканью
2. хрящевой тканью+
3. соединительной тканью
4. костной тканью.

193. Сколько этажей выделяют барабанной полости:

1. 2

2. 3 +
3. 4
4. 5

194. Над волосками рецепторных клеток Кортиевого органа располагается:

1. Рейснерова мембрана
2. Покровная мембрана+
3. Костная спиральная пластинка
4. Спиральная связка

195. На поперечном разрезе улитковый проток имеет форму:

1. Треугольную+
2. Овальную
3. Округлую
4. Ромбовидную
5. Квадратную

196. Улитка делает спиралеобразные завитки вокруг:

1. Преддверия лабиринта
2. Стержня+
3. Спиральной пластинки.
4. Базиллярной мембраны
5. Улиткового протока

197. Исследование звучания камертона С128 с сосцевидного отростка при открытом и закрытом наружном слуховом проходе называется опытом:

1. Ринне
2. Швабаха
3. Бинга+
4. Желле
5. Вебера

198. Отрицательные опыты Ринне и Желле выявляются:

1. + при звукопроводящей тугоухости
2. При звуковоспринимающей тугоухости
3. При тугоухости смешанной тугоухости
4. При нормальной слуховой функции

199. Верхний этаж барабанной полости называется:

1. Гипотимпанум
2. Мезотимпанум
3. + Эпитимпанум
4. Антрум

200. Эпидермальный слой барабанной перепонки является:

1. Средним
2. + Наружным
3. Внутренним
4. Краевым
5. Полостным

201. Передняя стенка наружного слухового прохода граничит с:

1. + суставной сумкой височно-нижнечелюстного сустава
2. околоушной железой
3. передней стенкой сосцевидного отростка
4. дном средней черепной ямки

202. Для поражения звукопроводящего аппарата характерны следующие признаки:

1. + Выраженное повышение порогов слышимости по воздушной проводимости.
2. + Выраженный разрыв между кривыми порогов слышимости по костной и воздушной проводимости (более 20-25 дБ).
3. Разрыв между кривыми порогов слышимости по костной и воздушной проводимости отсутствует или не превышает 15 дб.
4. Выраженное повышение порогов слышимости по костной проводимости.
5. Выраженное понижение порогов слышимости по воздушной проводимости

203. Передняя стенка барабанной полости граничит со следующим анатомическим образованием:

1. Входом в пещеру сосцевидного отростка
2. Выступом основного завитка улитки
3. Луковицей яремной вены
4. + Внутренней сонной артерией

204. Симптомы поражения звуковоспринимающего аппарата:

1. + Выраженное повышение порогов слышимости по костной проводимости (более 20 дБ).

2. Незначительное повышение порогов слышимости по воздушной проводимости (не более 15 дБ).
3. + Выраженное повышение порогов слышимости по воздушной проводимости (более 20 дБ).
4. + Разрыв между кривыми порогов слышимости по костной и воздушной проводимости отсутствует или не превышает 10 дБ.
5. Выраженный разрыв между кривыми порогов слышимости по костной и воздушной проводимости.

205. Сила шепотной речи в дБ равняется:

1. + 25-30 дБ.
2. 40-45 дБ.
3. 10-15 дБ.
4. 45-50 дБ.

206. Исследование латерализации звука камертоном С128 по кости называется:

1. Опыт Ринне.
2. + Опыт Вебера.
3. Опыт Швабаха.
4. Опыт Бинга.
5. Опыт Желле.

207. Костная проводимость исследуется камертоном:

1. + С128
2. С2048
3. С512
4. С1024
5. С256

208. Нижний этаж барабанной полости называется:

1. Эпитимпанум.
2. Мезотимпанум.
3. + Гипотимпанум.
4. Субтимпанум.
5. Гипомезотимпанум.

209. Результат камертонального опыта Вебера при одностороннем поражении звукопроводящего аппарата:

1. Латерализация в сторону здорового уха
2. + латерализация в сторону больного уха
3. - латерализация кпереди
4. Латерализация кзади

210. В чувствительной иннервации наружного уха не принимают:

1. ветви шейного сплетения
2. блуждающий нерв
3. лицевой нерв
4. тройничный нерв

211. Средний этаж барабанной полости называется:

1. Эпитимпанум.
2. + Мезотимпанум.
3. Гипотимпанум.
4. Антрум.

212. Барабанная полость посредством слуховой трубы сообщается с:

1. Сосцевидным отростком.
2. Преддверием лабиринта.
3. + Носоглоткой.
4. Улиткой.
5. Средней черепной ямкой.

213. Форма барабанной перепонки у взрослого человека:

1. Округлая
2. + Овальная
3. Почкообразная
4. Ромбовидная

214. Сравнительное исследование камертоном С128 воздушной и костной проводимости носит название опыта:

1. Желле
2. + Ринне
3. Вебер.
4. Швабах.
5. Бинг

215. Здоровый человек воспринимает нормально слышащим ухом шепотную речь с расстояния не менее:

1. 20 м.

2. 12 м.
3. + 6 м.
4. 35 м.
5. 25 м.

216. Толщина барабанной перепонки в среднем составляет:

1. 5 мм.
2. 1 мм.
3. 2 мм.
4. + 0,1 мм.

217. Исследование звучания камертона С128 с сосцевидного отростка при компрессии и декомпрессии воздуха в наружном слуховом проходе называется:

1. Опыт Ринне.
2. Опыт Вебера.
3. Опыт Швабаха.
4. Опыт Бинга.
5. + Опыт Желле.

218. Длина слуховой трубы у взрослого человека в среднем составляет:

1. 2,5 см.
2. 5 см.
3. 1,5 см.
4. + 3,5 см.
5. 4 см.

219. Измерение восприятия продолжительности звучания камертона через кость называется опытом:

1. Ринне.
2. Вебера.
3. + Швабаха.
4. Бинга.
5. Желле.

220. При передаче звуковых колебаний с барабанной перепонки на подножную пластину стремени сила звука увеличивается на:

1. 40 дБ
2. + 25 дБ
3. 10 дБ
4. 60 дБ
5. 20 дБ

221. Сила разговорной речи равняется:

1. 15-25 дБ.
2. 25-35 дБ.
3. 35-45 дБ.
4. + 45-55 дБ.
5. 55-65 дБ.

222. Наружная стенка барабанной полости образована:

1. Устьем слуховой трубы и сухожилием m. Tensor tympani.
2. + Барабанной перепонкой и костной стенкой наружного слухового прохода.
3. Луковицей яремной вены.
4. Барабанной перепонкой.

223. Наиболее информативно исследование воздушной проводимости камертоном:

1. С2048
2. С512
3. + С128
4. С256

224. На верхушке улитки лестница преддверия сообщается с барабанной лестницей посредством:

1. Водопровода преддверия
2. Окна улитки
3. Окна преддверия
4. + геликотремы
5. Внутреннего слухового прохода

225. Верхняя стенка наружного слухового прохода граничит:

1. передней черепной ямкой
2. + Со средней черепной ямкой.
3. С теменной костью.
4. С задней черепной ямкой

226. Нижняя стенка барабанной полости граничит:

1. С суставом нижней челюсти.
 2. С сигмовидным синусом.
 3. С сосцевидным отростком
 4. + С луковицей яремной вены.
- 227. Средний слой барабанной перепонки в натянутой части образован:**
1. Эпидермисом.
 2. + Соединительной тканью
 3. Слизистой оболочкой
 4. хрящом
- 228. К опорным клеткам кортиева органа относятся:**
1. клетки Дейтерса.
 2. + Клетки-столбы, клетки Дейтерса, клетки Гензена и клетки Клаудиуса.
 3. Клетки-столбы,
 4. клетки Гензена
 5. клетки Клаудиуса
- 229. Улитка расположена в следующем отделе лабиринта:**
1. Заднем
 2. + Переднем.
 3. Среднем
- 230. Евстахиеву трубу выстилает:**
1. Многослойный плоский эпителий
 2. + Многорядный мерцательный цилиндрический эпителий
 3. Многослойный кубический эпителий
 4. Однослойный эпителий
- 231. Двигательную иннервацию мышц ушной раковины обеспечивает:**
1. тройничный нерв
 2. лицевой нерв+
 3. блуждающий нерв
 4. затылочный нерв
- 232. Наружный слуховой проход кровоснабжается ветвями:**
1. + Наружной сонной артерии.
 2. Позвоночной артерии.
 3. Внутренней сонной артерии
 4. Лабиринтной артерии
- 233. Спиральный ганглий расположен:**
1. На костной спиральной пластинке (*lamina spiralis ossea*).
 2. + В канале костного стержня (*modiolus*).
 3. На дне внутреннего слухового прохода.
 4. На латеральной стенке *ductus cochlearis*
- 234. Перепончатый лабиринт улитки заполнен:**
1. + Эндолимфой.
 2. Перилимфой.
 3. Соединительной тканью.
 4. Кортилимфой.
- 235. В барабанной полости различают следующие отделы:**
1. *Attik, antrum, promontorium*.
 2. Слуховая труба, среднее ухо и клетки сосцевидного отростка.
 3. + Эпитимпанум, мезотимпанум, гипотимпанум.
 4. Наружный, внутренний
- 236. Барабанная перепонка состоит из следующих частей:**
1. Центральной и периферической.
 2. + Натянутой и расслабленной.
 3. Передней и задней.
 4. верхней, нижней
- 237. На ушной раковине кожа плотно сращена с надхрящницей в области:**
1. выпуклой поверхности
 2. вогнутой поверхности
 3. мочки
 4. козелка
- 238. Кортиев орган состоит из:**
1. опорных клеток.
 2. + чувствительных волосковых и опорных клеток.
 3. чувствительных волосковых клеток.

4. поддерживающих клеток

239. Сосудистая полоска расположена:

1. На основной мембране.
2. На Рейснеровой мембране.
3. + На спиральной связке наружной костной стенки улитки
4. на дне внутреннего слухового прохода

240. Козелок связан со следующей стенкой наружного слухового прохода:

1. + С передней.
2. С верхней.
3. С нижней.
4. С задней.

241. В наружном слуховом проходе выделяют следующие отделы:

1. Хрящевой и перепончатый.
2. Костный и перепончатый.
3. + Костный и перепончато-хрящевой.
4. наружный и внутренний

242. Верхняя стенка барабанной полости граничит:

1. С внутренней сонной артерией.
2. + С височной долей мозга.
3. С мозжечком
4. с улиткой

243. В улитке человека имеется следующее количество завитков:

1. 1,5
2. + 2,3/4
3. 4,5.
4. 2,0

244. От костной колонки отходит:

1. Костный шип.
2. Рейснерова мембрана.
3. + Костная спиральная пластина.
4. спиральная связка

245. Задняя стенка наружного слухового прохода граничит:

1. С барабанной полостью.
2. С мозжечком.
3. + С сосцевидным отростком.
4. задней черепной ямкой

246. Мыс на медиальной стенке барабанной полости образован:

1. + Основным завитком улитки.
2. Верхушкой улитки.
3. Преддверием лабиринта.
4. горизонтальным полукружным каналом

247. Натянутая часть барабанной перепонки состоит из следующих слоев:

1. + Из кожного, фиброзного и слизистого.
2. Из кожного и слизистого.
3. Из фиброзного и слизистого.

248. Среди волосковых клеток:

1. + Больше наружных.
2. Больше внутренних.
3. Одинаковое количество наружных и внутренних.

249. Перепончатый лабиринт улитки расположен:

1. В преддверии лабиринта.
2. В лестнице улитки (scalae tympani).
3. + Между лестницей преддверия (scalae vestibuli) и лестницей улитки (scalae tympani).
4. в лестнице преддверия

250. Расслабленная часть барабанной перепонки состоит из следующих слоев:

1. Из эпидермиса, фиброзного слоя и слизистой оболочки.
2. + Из эпидермиса и слизистой оболочки.
3. Из фиброзного и слизистой оболочки.

251. Наружный слуховой проход состоит:

1. из перепончато-хрящевого отдела
2. из костного и фиброзного отделов
3. из фиброзно-соединительной ткани
4. из перепончато-хрящевого и костного отделов

- 252. При проведении осмотра барабанной перепонки у взрослого ушную раковину оттягивают:**
1. кверху и кпереди
 2. кверху и кзади
 3. вниз и кзади
 4. вниз и кпереди
- 253. Слуховой рецептор (спиральный орган) расположен:**
1. На наружной стенке улитки.
 2. + На базилярной мембране.
 3. На мембране Рейснера.
 4. на спиральной связке
- 254. Слуховой нерв входит в полость черепа через:**
1. водопровод преддверия и улитки.
 2. водопровод улитки.
 3. + внутренний слуховой проход.
- 255. К опознавательным пунктам барабанной перепонки относятся:**
1. Рукоятка молоточка, световой рефлекс.
 2. + Контуры рукоятки молоточка, короткого отростка рукоятки молоточка, передняя и задняя складки, световой конус.
 3. Рукоятка молоточка, передняя складка
 4. передняя и задняя складки, световой конус
- 256. Чувствительную иннервацию ушной раковины обеспечивают:**
1. Веточки лицевого нерва.
 2. + Веточки от 3-ей ветви тройничного нерва и веточки от шейного сплетения.
 3. Веточки большого затылочного нерва.
 4. веточки от шейного сплетения
- 257. Сужение наружного слухового прохода имеется в следующем отделе:**
1. В костном отделе.
 2. Перед барабанной перепонкой
 3. В хрящевом отделе.
 4. + В месте перехода хрящевого отдела в костный.
- 258. Пространство между костным и перепончатым лабиринтом улитки заполнено:**
1. Соединительной тканью
 2. Эндолимфой
 3. + перилимфой
 4. ликвором
- 259. В кортиевоушном органе имеется следующее количество видов волосковых клеток:**
1. Один
 2. + Два
 3. Три
 4. четыре
- 260. Отверстие евстахиевой трубы находится на следующей стенке барабанной полости:**
1. На нижней.
 2. На верхней.
 3. + На передней.
 4. На задней.
- 261. Барабанная полость через евстахиеву трубу сообщается:**
1. + С носоглоткой.
 2. С полостью рта.
 3. С верхним носовым ходом.
 4. С полостью носа
- 262. Овальное окно закрыто:**
1. кожей
 2. Слизистой оболочкой.
 3. + Подножной пластинкой стремени.
 4. Фиброзной мембраной.
- 263. Хрящ, являющийся остовом ушной раковины относится к:**
1. Смешанному виду
 2. + Эластическому виду
 3. Гиалиновому виду.
- 264. Первый нейрон слухового нерва заканчивается:**
1. В ядрах Бехтерева, Дейтерса, Швальбе.
 2. + В дорсальном и вентральном ядрах.
 3. В варолиевом мосту

4. в коре височной доли мозга
- 265. Передняя стенка костного отдела наружного слухового прохода граничит:**
 1. Со скуловой костью.
 2. + С суставом нижней челюсти
 3. С околоушной железой.
 4. С луковицей яремной вены.
- 266. Передняя стенка барабанной полости граничит с:**
 1. наружной сонной артерией
 2. внутренней яремной веной
 3. + внутренней сонной артерией
 4. общей сонной артерией
- 267. В барабанной полости имеются следующие нервы:**
 1. Лицевой нерв, барабанная струна.
 2. + Лицевой нерв, барабанная струна, барабанное сплетение.
 3. Барабанное сплетение
 4. Тройничный нерв
- 268. Барабанная перепонка условно делится на следующее количество квадрантов:**
 1. На три.
 2. На два.
 3. + На четыре.
- 269. Наиболее узкий участок слухового прохода, перешеек, находится:**
 1. у входа в наружный слуховой проход
 2. возле барабанной перепонки
 3. в середине перепончато-хрящевого отдела
 4. на границе перепончато-хрящевого и костного отделов
- 270. Кожа наружного слухового прохода содержит волосы, сальные и серные железы в следующем отделе:**
 1. + В перепончато-хрящевом.
 2. В костном.
 3. В костном и перепончато-хрящевом.
 4. Вблизи барабанной перепонки.
- 271. Барабанная полость имеет следующее количество стенок:**
 1. Четыре.
 2. Три.
 3. + Шесть.
 4. Пять.
- 272. Клетки сосцевидного отростка выстланы:**
 1. + Однослойным плоским эпителием.
 2. Многослойным плоским эпителием.
 3. Цилиндрическим эпителием.
- 273. Среднее ухо представляет собой комплекс сообщающихся между собой воздухоносных полостей:**
 1. + Барабанная полость, клетки сосцевидного отростка, евстахиева труба.
 2. Барабанная полость, antrum, attic.
 3. Epitympanum, mesotympanum, hypotympanum.
 4. евстахиева труба, носоглотка
- 274. Перилимфатическое пространство сообщается с субарахноидальным посредством:**
 1. + водопровода улитки.
 2. + водопровода преддверия.
 3. ductus endolymphaticus.
 4. ductus saculae-utriculus
- 275. Над овальным окном медиальной стенки барабанной полости располагается:**
 1. Промонториум.
 2. Амбула горизонтального полукружного канала.
 3. + Канал лицевого нерва.
 4. Круглое окно.
 5. m. Stapedius.
- 276. Вены ушной раковины впадают в следующий основной сосуд:**
 1. + В наружную яремную вену.
 2. В общую лицевую вену.
 3. Во внутреннюю яремную вену.
 4. В сигмовидный синус.
- 277. Инфекция из наружного слухового прохода через санториниевы щели может проникнуть:**
 1. + В область околоушной железы.
 2. В сосцевидный отросток.

3. В подчелюстные лимфоузлы.
4. В фаллопиев канал.
5. В луковицу яремной вены.

278. Медиальная стенка барабанной полости граничит с:

1. сосцевидным отростком.
2. внутренним слуховым проходом.
3. + ушным лабиринтом.
4. слуховой трубой
5. средней черепной ямкой

279. Слуховой центр находится:

1. В затылочной доле.
2. + В височной доле.
3. В теменной доле.
4. В лобной доле.

280. Длина наружного слухового прохода у взрослого:

1. 1 см.
2. + 2,5-3,5 см.
3. 1,5 см.
4. 2 см.

281. Вход в пещеру находится на следующей стенке барабанной полости:

1. На передней.
2. + На задней.
3. На нижней.
4. На медиальной.
5. На верхней.

282. Перепончато-хрящевой отдел наружного слухового прохода не содержит:

1. волосы
2. сальные железы
3. потовые железы+
4. серные железы

283. Костный канал улитки совершает свои обороты:

1. Вокруг преддверия лабиринта.
2. + Вокруг костного стержня.
3. Вокруг спиральной пластинки.
4. Вокруг основной мембраны.

284. Барабанная полость через круглое окно сообщается:

1. С верхушкой улитки.
2. С преддверием лабиринта.
3. + С барабанной лестницей улитки.
4. С барабанной лестницей преддверия.
5. С субарахноидальным пространством.

285. На внутренней (черепной) поверхности сосцевидного отростка располагается:

1. Кавернозный венозный синус.
2. + Сигмовидный венозный синус.
3. Задний полукружный канал.
4. Внутренняя сонная артерия.
5. Наружная сонная артерия.

286. Лимфа из области ушной раковины собирается в лимфатические узлы, расположенные:

1. Под углом нижней челюсти.
2. На передней поверхности шеи.
3. + На сосцевидном отростке и в области околоушной железы.
4. Вдоль кивательной мышцы.
5. На задней поверхности шеи.

287. Содержимое барабанной полости составляют:

1. Слуховые косточки, соединительная ткань.
2. Слуховые косточки, полукружные каналы.
3. Слуховые косточки, слизистая оболочка.
4. Слуховые косточки, мышцы.
5. + Слуховые косточки, связки, мышцы, нервы.

288. Перепончатая улитка образована:

1. Рейснеровой и основной мембранами.
2. Рейснеровой и покровной мембранами.
3. + Рейснеровой мембраной, спиральной связкой, основной мембраной.

4. Основной мембраной, спиральной пластинкой, наружной костной стенкой.

289. В барабанной полости имеются следующие мышцы:

1. M. tensor tympani, m.tubarius.
2. + M. tensor tympani, m.stapedius.
3. M. tensor tympani, m.dygastricus.
4. M. tensor tympani, m recti externi, m.obliquus superior.

290. Круглое окно закрыто:

1. + Вторичной барабанной перепонкой.
2. Костной пластиной.
3. Слизистой оболочкой.
4. Подножной пластинкой стремени.

291. Часть ушной раковины, лишенная хрящевой основы :

1. Завиток.
2. + Мочка.
3. Козелок.
4. Противокозелок.
5. Противозавиток.

292. В чувствительной иннервации наружного слухового прохода участвуют веточки нервов:

1. Лицевого нерва, языкоглоточного нерва.
2. + Блуждающего нерва, тройничного нерва.
3. Барабанной струны, лицевого нерва.
4. Тройничного нерва, языкоглоточного нерва.

293. Виды волосковых клеток:

1. + Наружные и внутренние.
2. Наружные, средние и внутренние.
3. Боковые, центральные.
4. Столбовые, фаланговые.

294. Мышцы ушной раковины иннервируются:

1. + Ветвями тройничного и лицевого нервов.
2. Ветвями тройничного нерва.
3. Ветвями лицевого нерва.
4. Ветвями блуждающего и языкоглоточного нервов.

295. У грудных детей до 6 мес вход в наружный слуховой проход имеет форму:

1. щели
2. овала
3. круга
4. треугольника

296. При любом типе строения сосцевидного отростка обязательно присутствует следующая клетка:

1. + Антральная клетка.
2. Верхушечная клетка.
3. Клетка, расположенная у корня скуловой дуги.
4. Периаантральная клетка.
5. Перифациальная клетка.
6. Угловая клетка.

297. Барабанная лестница соединяется с лестницей преддверия:

1. + У верхушки улитки.
2. У основания улитки.
3. В области сосудистой полоски.
4. У края спиральной пластинки.

298. Барабанная полость через овальное окно сообщается:

1. С улиткой.
2. С горизонтальным полукружным каналом.
3. + С преддверием лабиринта.
4. С фронтальным полукружным каналом.
5. С сагиттальным полукружным каналом.

299. Движение ресничек мерцательного эпителия евстахиевой трубы:

1. Направлено в сторону барабанной полости.
2. + Направлено в сторону носоглотки.
3. Не имеет постоянного направления.
4. Хаотичное.

300. Слизистая оболочка барабанной полости представляет собой:

1. + однослойный плоский эпителий, содержащий железы.
2. многослойный цилиндрический эпителий, содержащий большое количество желез.

3. многослойный плоский эпителий, не содержащий желез.

301. Задняя стенка наружного слухового прохода граничит:

1. с задней черепной ямкой
2. с сосцевидным отростком
3. с суставом нижней челюсти
4. с сигмовидным синусом

302. При отоскопии кашель может развиваться в связи с раздражением:

1. тройничного нерва
2. блуждающего нерва
3. языкоглоточного нерва
4. лицевого нерва

303. Ушную раковину питают ветви:

1. лабиринтной артерии
2. внутренней сонной артерии.
3. + наружной сонной артерии.
4. общей сонной артерии.

304. Санториниевы щели находятся на следующей стенке наружного слухового прохода:

1. На передне-верхней.
2. На задне-нижней.
3. + На передне-нижней.
4. На задне-верхней.

305. Кортиев тоннель образован:

1. Клетками Дейтерса.
2. Клетками Гензена
3. + Клетками-столбами.
4. Волосковыми клетками.
5. Клетками Клаудиуса

306. Тип строения сосцевидного отростка можно оценить при следующем рентгенологическом обследовании:

1. Рентгенограмма по Стенверсу
2. + Рентгенограмма по Шуллеру
3. + Рентгенограмма по Майеру
4. Рентгенограмма по Резе

307. Барабанная перепонка является стенкой барабанной полости:

- а) передней
- б) задней
- в) наружной
- г) нижней

Правильный ответ: в

308. Слои барабанной перепонки от наружного слухового прохода расположены в последовательности:

- а) кожный, слизистый, соединительнотканый
- б) кожный, соединительнотканый, слизистый
- в) соединительнотканый, кожный, слизистый
- г) соединительнотканый, слизистый, кожный

Правильный ответ: б

309. Наибольшее расстояние барабанной перепонки от медиальной стенки полости:

- а) в ее центре
- б) в нижнепереднем квадранте
- в) в задненижнем квадранте
- г) в задневерхнем квадранте

Правильный ответ: в

310. Линия, являющаяся продолжением рукоятки молоточка, делит барабанную перепонку на:

- а) переднюю и заднюю половины
- б) верхнюю и нижнюю половины
- в) переднюю и среднюю части
- г) заднюю и среднюю части

Правильный ответ: а

311. Это образование на барабанной перепонке не является анатомическим:

- а) рукоятка молоточка
- б) световой рефлекс
- в) передняя и задняя складки
- г) короткий отросток молоточка

Правильный ответ: б

312. Не относится к опознавательным пунктам барабанной перепонки:

- а) короткий отросток молоточка
- б) задняя и передняя складки барабанной перепонки
- в) рукоятка молоточка
- г) длинный отросток наковальни

Правильный ответ: г

313. Не относится к опознавательным пунктам барабанной перепонки:

- а) световой конус
- б) рукоятка молоточка
- в) пупок
- г) головка стремечка

Правильный ответ: г

314. Барабанная перепонка у детей раннего возраста толще, чем у взрослых за счет:

- а) фиброзного - среднего слоя
- б) только эпидермального слоя
- в) за счет всех трех слоев
- г) за счет эпидермального и слизистого слоев

Правильный ответ: г

315. Размеры барабанной перепонки у взрослого:

- а) 5–6 мм длинный, 2–3 мм короткий
- б) 7–8 мм длинный, 5–6 мм короткий
- в) 9,5–10 мм длинный, 8,5–9 мм короткий
- г) 11–12 мм длинный, 9–10 мм короткий

Правильный ответ: в

316. Парацентез барабанной перепонки производится в квадранте:

- а) в передненижнем
- б) в передневерхнем
- в) в задненижнем
- г) в задневерхнем

Правильный ответ: в

317. В этом слое барабанной перепонки укреплена рукоятка молоточка:

- а) наружном (эпидермис)
- б) внутреннем (плоский эпителий)
- в) среднем (соединительнотканый)
- г) среднем и внутреннем

Правильный ответ: в

318. Отделы среднего уха располагаются спереди назад в данной последовательности:

- а) слуховая труба, сосцевидный отросток, барабанная полость
- б) барабанная полость, слуховая труба, сосцевидный отросток
- в) слуховая труба, барабанная полость, сосцевидный отросток
- г) барабанная полость, сосцевидный отросток, слуховая труба

Правильный ответ: в

319. На этой стенке барабанной полости открывается слуховая труба:

- а) задней
- б) верхней
- в) нижней
- г) передней

Правильный ответ: г

320. На этой стенке барабанной полости открывается вход в пещеру:

- а) внутренней
- б) передней
- в) задней
- г) нижней

Правильный ответ: в

321. Это образование не входит в отделы барабанной полости:

- а) эпитимпанум
- б) мезотимпанум
- в) антрум
- г) гипотимпанум

Правильный ответ: в

322. Этим можно объяснить частоту средних отитов у детей раннего возраста:

- а) слуховая труба широкая и короткая
- б) отсутствие мерцательного эпителия в слуховой трубке
- в) недоразвитие слуховой трубы

г) отсутствие костного отдела слуховой трубы

Правильный ответ: а

323. В среднем ухе проходит черепно–мозговой нерв:

а) тройничный

б) отводящий

в) лицевой

г) преддверноулитковый

Правильный ответ: в

324. Круглое окно закрыто:

а) подножной пластинкой стремени

б) лицевым нервом

в) молоточком

г) вторичной барабанной перепонкой

Правильный ответ: г

325. Звукопроводящий аппарат не включает:

а) кортиева орган

б) барабанную перепонку

в) слуховые косточки

г) окна лабиринта

Правильный ответ: а

326. Образование, не граничащее с барабанной полостью:

а) сосцевидный отросток

б) передняя черепная ямка

в) антрум

г) устье слуховой трубы

Правильный ответ: б

327. Не является анатомической особенностью среднего уха у новорожденного:

а) короткая и широкая слуховая труба

б) отсутствие сосцевидного отростка

в) наличие дегисценций в верхней стенке барабанной полости

г) отсутствие антрума–пещеры сосцевидного отростка

Правильный ответ: г

328. Это образование не относится к звукопроводящей системе:

а) наружный слуховой проход

б) кортиева орган

в) барабанная перепонка

г) жидкости внутреннего уха

Правильный ответ: б

329. Истинный объём барабанной полости:

а) 0,5 см³

б) 1,0 см³

в) 2,0 см³

г) 2,5 см³

Правильный ответ: б

330. С этим крупным сосудом граничит передняя стенка барабанной полости:

а) кавернозным синусом

б) яремной веной

в) позвоночной артерией

г) внутренней сонной артерией

Правильный ответ: г

331. Слуховые косточки в основном расположены:

а) в эпитимпануме

б) в мезотимпануме

в) в гипотимпануме

г) во всех отделах барабанной полости

Правильный ответ: а

332. На этой стенке барабанной полости расположена щель между каменистой и чешуйчатой частями височной кости:

а) на передней

б) на задней

в) на верхней

г) на нижней

Правильный ответ: в

333. Мышцу, натягивающую барабанную перепонку, иннервирует нерв:

- а) большой ушной
- б) симпатический
- в) тройничный
- г) лицевой

Правильный ответ: в

334. Не располагается на медиальной стенке барабанной полости:

- а) окна лабиринта
- б) вход в пещеру
- в) горизонтальное колено лицевого нерва
- г) барабанное сплетение

Правильный ответ: б

335. Стременную мышцу иннервирует нерв:

- а) тройничный
- б) лицевой
- в) акустический
- г) нерв Арнольда

Правильный ответ: б

336. Средняя длина слуховой трубы у взрослого человека:

- а) 1 см
- б) 3,5 см
- в) до 5 см
- г) 5–10 см

Правильный ответ: б

337 Среднее ухо сообщается с внешней средой посредством:

- а) входа в пещеру
- б) круглого окна
- в) слуховой трубы
- г) овального окна

Правильный ответ: в

338. С носоглоткой барабанная полость сообщается через:

- а) вход в пещеру
- б) слуховую трубу
- в) каменисто-чешуйчатую щель
- г) круглое окно

Правильный ответ: б

339. С этой стенкой барабанной полости граничит луковица яремной вены:

- а) верхней
- б) передней
- в) нижней
- г) задней

Правильный ответ: в

340. Трубная или сонная стенка барабанной полости это:

- а) верхняя
- б) нижняя
- в) наружная
- г) передняя

Правильный ответ: г

341. Эта стенка барабанной полости граничит с сосцевидным отростком:

- а) верхняя
- б) задняя
- в) передняя
- г) нижняя

Правильный ответ: б

342. Барабанная полость сообщается с пещерой через:

- а) attic
- б) aditus ad antrum
- в) tubae auditivae
- г) fenestra cochleae

Правильный ответ: б

343. Нисходящее или вертикальное колено лицевого нерва проходит в толще:

- а) нижней стенки барабанной полости
- б) верхней стенки барабанной полости

- в) нижнего отдела задней стенки барабанной полости
- г) нижнего отдела передней стенки барабанной полости

Правильный ответ: в

344. Наружная стенка барабанной полости образована только:

- а) барабанной перепонкой
- б) костной пластинкой, отходящей от верхней костной стенки слухового прохода
- в) костной пластинкой нижней стенки слухового прохода
- г) барабанной перепонкой и костной пластинкой верхней стенки прохода

Правильный ответ: г

345. Овальное окно преддверия прикрыто:

- а) вторичной барабанной перепонкой
- б) подножной пластинкой стремечка
- в) наковальней
- г) барабанной струной

Правильный ответ: б

346. Барабанная струна не дает волокна:

- а) вкусовые к языку на своей стороне
- б) секреторные к слюнной железе
- в) к нервным сосудистым сплетениям
- г) к мышцам барабанной полости

Правильный ответ: г

347. На уровне этого этажа барабанной полости находится натянутая часть барабанной перепонки:

- а) верхнего–эпитимпанум
- б) среднего–мезотимпанум
- в) нижнего–гипотимпанум
- г) на уровне всех трех этажей

Правильный ответ: б

348. Между барабанной перепонкой и окном преддверия находятся косточки:

- а) молоточек, стремечко
- б) наковальня, стремечко
- в) молоточек, наковальня
- г) молоточек, наковальня, стремечко

Правильный ответ: г

349. Такого строения слуховой трубы не бывает в норме:

- а) самое узкое место около 24мм от глоточного устья
- б) в костной части в разрезе представляет подобие треугольника
- в) в перепончато-хрящевом отделе стенки прилежат друг к другу
- г) в перепончато-хрящевом отделе труба зияет

Правильный ответ: г

350. Это утверждение ошибочно:

- а) глоточное отверстие слуховой трубы вдвое шире барабанного
- б) глоточное отверстие лежит ниже барабанного на 1–2,5см
- в) медиальнее костного отдела слуховой трубы проходит внутренняя сонная артерия
- г) глоточное устье трубы расположено на уровне верхней носовой раковины

Правильный ответ: г

351. Под медиальной стенкой входа в пещеру расположен:

- а) латеральный полукружный канал
- б) лицевой нерв
- в) сагиттальный полукружный канал
- г) фронтальный полукружный канал

Правильный ответ: б

352. Отток крови из барабанной полости не осуществляется:

- а) в крыловидное и сонное сплетения
- б) среднюю менингеальную вену
- в) в каменистый синус и луковичу яремной вены
- г) в поперечный синус

Правильный ответ: г

353. Из барабанной полости лимфа дренируется:

- а) в ретрофарингеальные и глубокие шейные узлы
- б) впередишные

- в) заушные
- г) затылочные

Правильный ответ: а

354. По характеру пневматизации сосцевидный отросток не может быть:

- а) пневматического типа строения
- б) диплоэтического или спонгиозного типа
- в) склеротического или компактного типа
- г) фиброзного типа строения

Правильный ответ: г

355. На внутренней задней поверхности сосцевидного отростка в углублении в виде желоба лежит венозная пазуха:

- а) поперечный синус
- б) кавернозный синус
- в) сигмовидный синус
- г) яремная вена

Правильный ответ: в

356. Эта линия не является границей треугольника Шипо:

- а) сверху–височная линия–продолжение скуловой дуги
- б) прямая, проходящая по задней стенке наружного слухового прохода до височной линии
- в) вертикаль, соединяющая задний край верхушки сосцевидного отростка и височную линию
- г) вертикаль, соединяющая передний край верхушки сосцевидного отростка и височную линию

Правильный ответ: г

357. Кровоснабжение сосцевидной области осуществляется за счет:

- а) задней ушной артерии
- б) лицевой
- в) затылочной
- г) челюстной

Правильный ответ: а

358. Не обеспечивает максимальную передачу звука средним ухом в улитку:

- а) вибрирующая поверхность барабанной перепонки, которая в 17 раз больше основания стремени, т.е. энергия возрастает в 17 раз
- б) рукоятка молоточка, которая в 1,3 раза длиннее короткого отростка наковальни
- в) вибрация барабанной перепонки и рычажный механизм цепи слуховых косточек, приводящие к возрастанию силы в 22 раза (до 25дБ)
- г) наличие дегисценций на верхней стенке барабанной полости

Правильный ответ: г

359. С волокнами второго нейрона слухового пути происходит следующее:

1. + Частично перекрещиваются.
2. Перекрещиваются все.
3. Не перекрещиваются

360. Слуховая труба у взрослого человека обычно находится в:

1. Зияющем состоянии.
2. + Спавшемся состоянии.
3. Полуспавшемся состоянии.

361. Кожа ушной раковины плотно сращена с надхрящницей в области:

1. задней поверхности ушной раковины.
2. + передней . поверхности ушной раковины
3. верхней поверхности ушной раковины.
4. В области мочки уха.

362. Основа евстахиевой трубы:

1. + Перепончато-хрящевая и костная.
2. Хрящевая.
3. Хрящевая и соединительнотканная.

363. Склеротический тип строения сосцевидного отростка встречается при:

1. острым среднем отите
2. нормальном анатомическом строении.
3. + хроническом среднем отите.
4. глухоте.

364. Ушная раковина относится к следующему отделу слухового анализатора:

1. + К наружному уху.
2. К среднему уху.
3. К наружному и среднему уху.

365. У взрослых два отдела наружного слухового прохода соединяются следующим образом:

1. + Под углом, открытым кпереди и книзу.
2. Прямолинейно переходят друг в друга.
3. Под углом, открытым кзади.
4. Под углом, открытым кверху.
5. Под углом, открытым книзу.

366. Сила шепотной речи в дБ равняется _____

Ответ: 30 дБ

367. Исследование латерализации звука камертоном С128 по кости называется _____

Ответ: опытом Вебера

368. Костная проводимость исследуется камертоном _____

Ответ: С-128

369. Нижний этаж барабанной полости называется _____

Ответ: гипотимпанум

370. При одностороннем поражении звукопроводящего аппарата латерализация звука в камертональном опыте Вебера будет в _____

Ответ: большое ухо

371. Слуховая труба у взрослого человека обычно находится в _____ состоянии.

Ответ: спавшемся

372. Средний этаж барабанной полости называется _____

Ответ: мезотимпанум

373. Посредством слуховой трубы барабанная полость сообщается с _____

Ответ: носоглоткой

374. Барабанная перепонка у взрослого человека имеет форму _____

Ответ: овала

375. Сравнительное исследование камертоном С128 воздушной и костной проводимости называется опытом _____

Ответ: Ринне

376. Шепотная речь воспринимается нормально слышащим ухом с расстояния _____

Ответ: 6 метров

377. : Толщина барабанной перепонки в среднем составляет _____

Ответ: 0,1 мм

378. : Исследование звучания камертона С128 с сосцевидного отростка при компрессии и декомпрессии воздуха в наружном слуховом проходе называется опытом _____

Ответ: Желле

379. Длина слуховой трубы у взрослого человека в среднем составляет _____

Ответ: 3,5 см

380. Измерение восприятия звука через кость называется опытом _____

Ответ: Швабаха

381. При передаче звуковых колебаний с барабанной перепонки на подножную пластинку стремени сила звука увеличивается на _____ дБ.

Ответ: 25 дБ

382. Сила разговорной речи в дБ равняется _____

Ответ: 60 дБ

383. Наружная стенка барабанной полости образована _____

Ответ: барабанной перепонкой

384. : Воздушная проводимость обычно исследуется камертонами следующих частот _____

Ответ: С-128, С-2048

385. Лестница преддверия сообщается с барабанной лестницей на вершущке улитки через _____

Ответ: Геликотрему

386. Улитковый ход на поперечном разрезе имеет форму _____

Ответ: треугольника

387. Улитка делает спиралеобразные завитки вокруг _____

Ответ: стержня

388. Исследование звучания камертона С-128 с сосцевидного отростка при открытом и закрытом наружном слуховом проходе называется опытом _____

Ответ: Бинга

389. Верхний этаж барабанной полости называется _____

Ответ: эптитимпанум

390. Выпуклость горизонтального полукружного канала в барабанной полости расположена на _____

стенке барабанной полости, позади и выше канала _____ нерва.

Ответ: На медиальной стенке, позади и выше канала лицевого нерва.

391. Остов ушной ткани состоит из _____.

Ответ: Хряща.

392. Над волосками рецепторных клеток кортиевого органа располагается _____ мембрана.

Ответ: Покровная мембрана.

393. Улитковый ход на поперечном разрезе имеет _____ форму\

Ответ: Треугольную форму.

394. Опыт _____ называется исследование звучания камертона С-128 с сосцевидного отростка при открытом и закрытом наружном слуховом проходе.

Ответ: Бинга.

395. Отрицательные опыты Ринне и Желле будут свидетельствовать о поражении _____ аппарата.

Ответ: Звукопроводящего аппарата.

396. Эпитимпанум - это _____ этаж барабанной полости.

Ответ: верхний.

397. Наружный слой барабанной перепонки представлен _____.

Ответ: Эпидермисом

398. _____ стенка наружного слухового прохода граничит с суставной сумкой _____ сустава.

Ответ: Передняя, височно-нижнечелюстного.

399. характерными для поражения звукопроводящего аппарата аудиологическими признаками являются выраженное _____ порогов слышимости по _____ проводимости и выраженный _____

Ответ: разрыв (более 20-25 дБ). Повышение, воздушной, костно-воздушный.

400. передняя стенка барабанной полости граничит с _____ артерией.

Ответ: внутренней сонной артерией.

401. характерными для поражения звуковоспринимающего аппарата аудиологическими признаками являются выраженное _____ порогов слышимости по _____ проводимости (более 20дБ) и отсутствие _____ разрыва.

Ответ: Повышение, костной, костно-воздушный.

402. Сила шепотной речи равняется _____ дБ.

Ответ: 25-20 дБ.

403. Опыт _____ называется исследование латерализации звука камертоном С-128 по кости.

Опыт Вебера.

404. Гипотимпанум называется _____ этаж барабанной полости.

Ответ: Нижний

405. При одностороннем поражении звукопроводящего аппарата латерализация звука в камертональном опыте Вебера будет в _____ сторону.

Ответ: большую .

406. Слуховая труба у взрослого человека обычно находится в _____ состоянии.

Ответ: спавшемся

407. _____ - это средний этаж барабанной полости.

Ответ: Мезотимпанум.

408. Барабанная полость сообщается с _____ посредством _____ трубы.

Ответ: Носоглоткой, слуховой/евстахиевой.

409. У взрослого человека барабанная перепонка имеет _____ форму.

Ответ: Овальную.

410. Опыт _____ называется сравнительное исследование камертоном С-128 воздушной и костной проводимости.

Ответ: Опыт Ринне.

411. В норме шепотная речь воспринимается здоровым ухом с расстояния _____ м.

Ответ: 6 метров.

412. Опыт _____ называется исследование звучания камертона С-128 с сосцевидного отростка при компрессии и декомпрессии воздуха в наружном слуховом проходе.

Ответ: Желле.

413. Длина слуховой трубы у взрослого человека в среднем составляет _____ см.

Ответ: 3,5 см.

414. Измерение восприятия продолжительности звучания камертона через кость называется опытом _____.

Ответ: Швабаха.

415. При передаче звуковых колебаний с барабанной перепонки на подножную пластину стремени сила звука увеличивается на _____ дБ.

Ответ: 25 .

416. Сила разговорной речи равняется _____ дБ.

Ответ: 45-55 .

417. Наружная стенка барабанной полости образована _____ и _____ слухового прохода.

Ответ: Барабанной перепонкой и костной частью слухового прохода.

418. Лестница преддверия через _____ сообщается с барабанной лестницей на верхушке улитки.

Ответ: Геликотрему.

419. Верхняя стенка наружного слухового прохода граничит с _____ черепной ямкой.

Ответ: Средней

420. Нижняя стенка барабанной полости граничит с _____.

Ответ: С луковицей яремной вены.

421. В кортиево́м органе имеются такие опорные клетки, как: _____, _____, _____, _____.

Ответ: Клетки-столбы, клетки Дейтерса, клетки Гензена и Клаудиуса.

422. Улитка занимает _____ отдел лабиринта.

Ответ: Передний.

423. Евстахиева труба выстлана _____ эпителием.

Ответ: Многорядным мерцательным цилиндрическим.

424. Кожа плотно сращена с надхрящницей на _____ поверхности ушной раковины.

Ответ: передней.

425. Кровоснабжение наружного слухового прохода обеспечивают ветви _____ артерии.

Ответ: Наружной сонной артерии.

426. Перепончатый лабиринт улитки заполнен _____.

Ответ: Эндолимфой.

427. В барабанной полости различают 3 отдела: _____, _____, _____.

Ответ: питимпанум, мезотимпанум, гипотимпанум.

428. Барабанная перепонка состоит из _____ и _____ части.

Ответ: Натянутой и расслабленной

429. Кортиев (спиральный) орган состоит из _____ и _____ клеток.

Ответ: чувствительных/волосковых, опорных.

430. сосудистая полоска расположена на _____ связке.

Ответ: спиральной

431. Козелок связан с _____ стенкой наружного слухового прохода.

Ответ: С передней.

432. Наружный слуховой проход делится на 2 отдела: _____ и _____ .

Ответ: острый, перепончато-хрящевой.

433. Верхняя стенка барабанной полости граничит с _____ долей мозга.

Ответ: С височной долей мозга.

434. В улитке человека имеется _____ завитков

Ответ: 2,3/4.

435. Задняя стенка наружного слухового прохода граничит с _____.

Ответ: сосцевидным отростком.

436. Мыс на медиальной стенке барабанной перепонки образован _____ улитки и _____.

Ответ: Основным завитком, преддверием лабиринта.

437. Натянутая часть барабанной перепонки состоит из 3 слоев: _____, _____ и _____ .

Ответ: кожного, фиброзного, слизистого.

438. Перепончатый лабиринт улитки расположен между _____ и _____ .

Ответ: лестницей преддверия (scala vestibuli), лестницей улитки (scala tympani)

439. Расслабленная часть барабанной перепонки состоит из 2-х слоев: в _____ и _____ .

Ответ: Эпидермиса, слизистой оболочки.

440. _____ тип строения сосцевидного отростка является признаком _____ среднего отита.

Ответ: Склеротический, хронического.

441. Спиральный орган (Кортиев) расположен на _____ мембране.

Ответ: Базиллярной/основной.

442. Слуховой нерв входит в полость черепа через _____ .

Ответ: внутренний слуховой проход.

443. К опознавательным пунктам на барабанной перепонке относятся: контуры _____ молоточка, _____ отростка рукоятки _____, _____ и _____ складки, _____

Ответ: рукоятки, короткого, молоточка, переднюю и заднюю, световой конус.

444. Чувствительную иннервацию ушной раковины обеспечивают веточки _____ и веточки _____ .

Ответ: 3-ей ветви тройничного нерва, шейного сплетения.

445. Пространство между костным и перепончатым лабиринтом улитки заполнено _____.
Ответ: Перилимфой.
446. В кортиевоом органе имеются _____ вида волосковых клеток.
Ответ: Два.
447. Отверстие евстахиевой трубы находится на _____ стенке барабанной полости.
Ответ: На передней.
448. Барабанная полость сообщается с _____ через евстахиеву трубу.
Ответ: С носоглоткой.
449. Овальное окно закрыто _____.
Ответ: Подножной пластинкой стремени.
450. Первый нейрон слухового нерва заканчивается в _____ и _____ ядрах.
Ответ: Дорсальном, вентральном
451. Передняя стенка костного отдела наружного слухового прохода граничит с _____.
Ответ: С суставом нижней челюсти.
452. Передняя стенка барабанной полости граничит с _____ артерией.
Ответ: С внутренней сонной артерией.
453. в барабанной полости имеются нервы: _____ струна, _____ нерв, _____ сплетение
Ответ: барабанная, лицевой, барабанное
454. Барабанная перепонка условно делится на _____ квадранта.
Ответ: четыре.
455. Перепончатый лабиринт улитки на поперечном срезе имеет _____ форму.
Ответ: Треугольную.
456. Кожа наружного слухового прохода в _____ отделе содержит волосы, сальные и серные железы.
Ответ: перепончато-хрящевом.
457. Барабанная полость имеет _____ стенок.
Ответ: Шесть.
458. Клетки сосцевидного отростка выстланы _____ эпителием.
Ответ: Однослойным плоским эпителием.
458. Среднее ухо представляет собой комплекс сообщающихся воздухоносных полостей, состоящий из _____ полости, клеток _____, _____ трубы
Ответ: Барабанной, сосцевидного отростка, евстахиевой/слуховой.
460. Над овальным окном медиальной стенки барабанной полости расположен _____.
Ответ: Канал лицевого нерва.
461. Вены ушной раковины впадают в _____ вену.
Ответ: наружную яремную
462. Из наружного слухового прохода инфекция может проникнуть через _____ щели.
Ответ: Санториниевы, область околоушной железы.
463. Слуховой центр находится в _____ доле мозга.
Ответ: височной
464. Длина наружного слухового прохода составляет _____ см.
Ответ: 2,5-3,5 см.
465. Вход в пещеру находится на _____ стенке барабанной полости.
Ответ: На задней.
466. Костный канал улитки совершает свои обороты вокруг _____.
Ответ: Вокруг костного стержня.
467. Барабанная полость сообщается с _____ лестницей улитки через круглое окно.
Ответ: барабанной.
468. На внутренней (черепной) поверхности сосцевидного отростка расположен _____ синус.
Ответ: Сигмовидный.
469. Содержимое барабанной полости составляют _____ косточки, _____, _____, _____.
Ответ: Слуховые, связки, мышцы, нервы.
470. Перепончатая улитка образована _____ мембраной, _____ связкой и _____ мембраной.
Ответ: Рейснеровой мембраной, спиральной связкой, основной мембраной.
471. в барабанной полости расположены мышцы _____ и _____.
Ответ: M. tensor tympani, m. stapedius.
472. Круглое окно закрыто _____.
Ответ: Вторичной барабанной перепонкой.
473. Часть ушной раковины, лишенная хряща, называется _____.
Ответ: Мочка.
474. В чувствительной иннервации наружного слухового прохода участвуют веточки _____ и _____ нервов.

Ответ: Блуждающего, тройничного нерва.

475. Вопрос: В кортиевоом органе имеются _____ волосковые и _____ волосковые

Ответ: клетки. Наружные, внутренние.

476. Вопрос: Мышцы ушной раковины иннервируются ветвями _____ и _____ нервов.

Ответ: Тройничного, лицевого нервов.

477. Вопрос: У взрослых два отдела наружного слухового прохода соединяются под углом, _____.

Ответ: Под углом, открытым спереди и книзу.

478. Вопрос: При любом типе строения сосцевидного отростка обязательно присутствует _____ клетка.

Ответ: Антральная клетка.

479. Вопрос: Барабанная лестница у _____ соединяется с лестницей преддверия.

Ответ: верхушки улитки.

500. Вопрос: Барабанная полость сообщается с _____ через овальное окно

Ответ: преддверием лабиринта.

501. Вопрос: Движение ресничек мерцательного эпителия евстахиевой трубы направлено в сторону _____.

Ответ: носоглотки.

502. Вопрос: Над волосками чувствительных клеток кортиева органа нависает _____ мембрана.

Ответ: Покровная мембрана

503. Вопрос: Ушную раковину питают ветви _____ артерии.

Ответ: Наружной сонной артерии.

504. Вопрос: Санториниевы щели находятся на _____ - _____ стенке наружного слухового прохода.

Ответ: передненижней.

505. Вопрос: Кортиев туннель образован _____ - _____.

Ответ: Клетками-столбами.

506. Вопрос: Тип строения сосцевидного отростка можно оценить по рентгенограмме по _____ и по _____.

Ответ: Шуллеру, Майеру.

Установить правильную последовательность.

507. Вопрос: Анатомические образования, относящиеся к звуковоспринимающему аппарату:

1. Спиральный ганглий
2. Кортиев орган
3. Проводящие пути
4. Слуховой центр в коре височной доли мозга.

Ответ: 2 - 1 - 3 - 4

508. Вопрос: Методика исследования слуха:

1. Разговорная речь
2. Шепотная речь
3. Тональная пороговая аудиометрия
4. Объективная аудиометрия
5. Камертональное исследование
6. Надпороговая аудиометрия
7. Речевая аудиометрия

Ответ: 2 - 1 - 5 - 3 - 6 - 7 - 4

509. Вопрос: Клиническая анатомия наружного уха:

- Ушная раковина
- Перепончато-хрящевой отдел наружного слухового прохода
- Костный отдел наружного слухового прохода
- Перешеек

Ответ: 1 - 2 - 4 - 3

510. Вопрос: Анатомические образования, участвующие в звукопроведении:

- Ушная раковина
- Наружный слуховой проход
- Среднее ухо
- Эндолимфа
- Базиллярная и преддверная мембраны улитки
- Перилимфа

– Вторичная барабанная перепонка

Ответ: 1 - 2 - 3 - 6 - 5 - 4 - 7

511. Вопрос: Расположение слуховых косточек от барабанной перепонки:

- 5 Наковальня
- 6 Стремечко
3. Молоточек

Ответ: 3 - 1 - 2

Установить соответствие.

512. Вопрос:

Слои барабанной перепонки

1. Эпидермальный
2. Фиброзный
- 3 Слизистый

Расположение:

1. Средний
- Б. Внутренний
2. Наружный

Ответ: 1-В, 2-А, 3-Б

513. Вопрос:

Стенки наружного слухового прохода

1. Передняя
2. Верхняя
3. Задняя
4. Нижняя

514. Вопрос:

Пограничные анатомические образования:

- А. Околоушная слюнная железа
- Б. Передняя стенка сосцевидного отростка.
- В. Дно средней черепной ямки.
- Г. Суставная сумка нижнечелюстного сустава

Ответ: 1-Г, 2-А, 3-Б, 4-В

515. Вопрос:

Исследование методом тональной пороговой аудиометрии:

1. Значения порогов воздушной проводимости.
2. Значения порогов костной проводимости.
3. Величина костно-воздушного разрыва

516. Симптомы поражения звукопроводящего аппарата:

- А. Нормальные или незначительно повышенные пороги слышимости
- Б. Выраженное повышение порогов слышимости.
- В. Разрыв между кривыми порогов слышимости по костной и воздушной проводимости отсутствует или не превышает 15дБ.
- Г. Выраженный разрыв между кривыми порогов слышимости по костной и воздушной проводимости (более 20 дБ)

Ответ: 1-Б, 2-А, 3-Г

517. Вопрос:

Стенки барабан, полости:

1. Наружная
2. Внутренняя
3. верхняя
4. Нижняя
5. передняя
- 6 задняя

518. Анатомические образования:

- А. Устье слуховой трубы, сухожилие m.tensor tympani
 - Б. Барабанная перепонка, костная стенка наружного слухового прохода
 - В. Выступ основного завитка улитки, окно преддверия, окно улитки, лицевой нерв, горизонтальный полукружный канал
 - Г. Вход в пещеру сосцевидного отростка, нисходящий отрезок канала лицевого нерва
 - Д. луковица яремной вены
 - Е. Дно средней черепной ямки
- Ответ: 1-Б, 2-В, 3-Е, 4-Д, 5-А, 6-Г

519. Вопрос:

Исследование методом тональной пороговой аудиометрии

1. Значения порогов воздушной проводимости
2. Значения порогов костной проводимости
3. Величина костно-воздушного разрыва

520. Симптомы поражения звуковоспринимающего аппарата :

- Выраженное повышение порогов слышимости по костной проводимости (более 20 дБ).
- Б. Незначительное повышение порогов слышимости по воздушной проводимости (не более 15дБ).
- Выраженное повышение порогов слышимости по воздушной проводимости (более 20дБ).
- Г. Незначительное повышение порогов слышимости по костной проводимости (не более 15дБ).
- Д. Разрыв между кривыми порогов слышимости по костной проводимости отсутствует или не превышает 15дБ.
- Е. Выраженный разрыв между кривыми порогов слышимости по костной и воздушной проводимости (более 25 дБ)

Ответ: 1-В, 2-А, 3-Д

521. При обильном кровотечении из распадающейся опухоли гортани следует перевязать:

- Общую сонную артерию.
- Внутреннюю сонную артерию.
- + Наружную сонную артерию.

В процессе голосообразования принимают участие следующие мышцы:

- + Щитоперстневидная передняя.
- Задняя перстнечерпаловидная.
- + Боковая перстнечерпаловидная.
- + Межчерпаловидная поперечная.
- + Щиточерпаловидная внутренняя.
- + Косая межчерпаловидная.

522. Мышца, расширяющая голосовую щель:

- + Задняя перстнечерпаловидная.
- Черпаловидная косая.
- Черпаловидная поперечная.
- Боковая перстнечерпаловидная.
- Перстнещитовидная передняя.
- Щиточерпаловидная внутренняя.

523. Основу гортани составляет следующий хрящ:

- Щитовидный.
- + Перстневидный.
- Надгортанник.
- Черпаловидный.

524. Нерв, осуществляющий в основном двигательную иннервацию гортани:

- Верхнегортанный.
- Языкоглоточный.
- Лицевой.
- + Нижнегортанный нерв.

525. Щель между щитовидным и перстневидным хрящами закрыта следующей связкой:

- + Конической.

- Щитоподъязычной мембраной.
- Щитонадгортанной связкой.

526. Самым крупным хрящом гортани является:

- Надгортанник.
- + Щитовидный хрящ.
- Перстневидный хрящ.
- Черпаловидный хрящ.

527. Гортань делится на следующее количество этажей:

- Два.
- + Три.
- Четыре.

528. Чувствительная иннервация гортани осуществляется следующим нервом:

- + Верхнегортанным.
- Языкоглоточным.
- Тройничным.
- Нижнегортанным.

529. Гортань сверху граничит:

- + С гортаноглоткой.
- С ротоглоткой.
- С пищеводом.

530. Кровоснабжение гортани осуществляется:

- + Верхней щитовидной артерией.
- Веточками позвоночной артерии.
- А. pharyngea ascendens.
- + Нижней щитовидной артерией

531. Истинные голосовые складки выстилает:

- Многорядный цилиндрический мерцательный эпителий.
- + Многослойный плоский неороговевающий эпителий.
- Многослойный плоский ороговевающий эпителий.

532. Все внутренние мышцы гортани снабжает двигательными волокнами следующий нерв:

- + Блуждающий.
- Языкоглоточный.
- Лицевой.
- Тройничный.

533. Основную роль в процессе голосообразования играют следующие мышцы:

- + ХДитоперстневидная передняя.
- + Щиточерпаловидная.
- Черпалонадгортанная.

534. Уровень гортани взрослого человека соответствует:

- 3-6 шейному позвонку.
- + 4-6 шейному позвонку.
- 3-5 шейному позвонку.

535. Указать функции гортани:

- + Воздухопроводная («дыхательная»).
- + Голосообразовательная.
- + Защитная.
- Пищепроводная.
- Кроветворная.

536. Для определения подвижности голосовых складок осмотр гортани проводят:

- + При спокойном дыхании обследуемого.
- + При фонации.

- На выдохе.
- + При глубоком вдохе.
- При задержке дыхания.

537. Осмотр гортани включает:

- Заднюю риноскопию.
- Фарингоскопию.
- + Непрямую ларингоскопию.
- + Прямую ларингоскопию.
- + Наружный осмотр и пальпацию хрящей гортани.

538. Эластичные хрящи гортани:

- + Надгортанный.
- + Рожковидные.
- Черпаловидные.
- + Клиновидные.
- Перстневидный.
- Щитовидный.

539. Наружные мышцы гортани:

- + Грудино-щитовидная.
- + Щито-подъязычная.
- + Грудино-подъязычная.
- Челюстно-подъязычная.
- Межчерпаловидная.

Имеются парные хрящи гортани:

- Надгортанный.
- + Черпаловидный.
- Щитовидный.
- + Клиновидный.

540. Гиалиновые хрящи гортани:

- + Щитовидный.
- Рожковидный.
- + Перстневидный.
- Клиновидный.
- Надгортанный.
- + Черпаловидный.

541. Имеются непарные хрящи гортани:

- + Надгортанный.
- + Щитовидный.
- Рожковидный.
- + Перстневидный.
- Клиновидный.

542. Напряжение голосовых складок обеспечивается сокращением следующих мышц:

- Боковая перстне-черпаловидная.
- Косая черпаловидная.
- Задняя перстне-черпаловидная.
- + Передняя перстне-щитовидная.
- + Внутренняя щито-черпаловидная.

543. Основным органом голосового аппарата является:

- Носовая полость.
- Глотка.
- + Гортань.
- Бронхи.
- Лёгкие.

544. Хрящи, составляющие скелет гортани:

- + 3 парных.
- + 3 непарных.
- 2 парных.
- 1 непарный.
- 4 непарных.

545. Скопления лимфоидной ткани в гортани расположены в области:

- Грушевидных синусов.
- + Черпаловидных хрящей.
- + Черпалонадгортанных складок.
- Валлекул.
- Подскладковых пространств.
- + Гортанных желудочков.

546. Многослойный плоский эпителий выстилает слизистую оболочку гортани в области:

- + Голосовых складок.
- + Межчерпаловидного пространства.
- Гортанной поверхности надгортанника.
- + Язычной поверхности надгортанника.
- Всех перечисленных образований.

547. Расположение голосовых связок при вдохе:

- Разомкнутое (голосовая щель в виде треугольника с прямым углом).
- Сомкнутое (голосовая щель отсутствует).
- Разомкнутое (голосовая щель в виде треугольника с тупым углом).
- + Разомкнутое (голосовая щель в виде треугольника с острым углом).
- Не изменяется по сравнению со вдохом.

548. Мышца, замыкающая в гортани передние 2/3 голосовой щели:

- + Боковая перстне-черпаловидная мышца.
- Поперечная черпаловидная мышца.
- Косая черпаловидная мышца.

Верхняя рефлексогенная зона гортани:

- Передняя поверхность черпаловидного хряща.
- Подскладочное пространство.
- + Гортанная поверхность надгортанника.
- + Слизистая оболочка черпало-надгортанных складок.
- Слизистая оболочка трахеи.

549. Мышцы, которые суживают голосовую щель (смыкают голосовые связки):

- + Боковая перстне-черпаловидная.
- + Косая межчерпаловидная.
- Задняя перстне-черпаловидная.
- + Поперечная межчерпаловидная.
- Перстне-щитовидная.

550. Верхние резонаторы гортани:

- + Полость рта.
- Лёгкие.
- + Полость носа.
- + Придаточные пазухи носа.
- Трахея.

551. От верхней щитовидной артерии отходят:

- + Верхняя гортанная артерия.
- + Средняя гортанная артерия.
- Нижняя гортанная артерия.

552. Чувствительная иннервация гортани преимущественно осуществляется за счёт:

- Нижнего гортанного нерва.
- + Верхнего гортанного нерва.

- Тройничного нерва.
- Блуждающего нерва.

553. Выделяют следующие парные хрящи гортани:

- Щитовидный.
- + Черпаловидный.
- Перстневидный.
- + Рожковидный.
- Надгортанный.
- + Клиновидный.

554. Верхний этаж гортани соответствует:

- + Вестибулярному отделу.
- Уровню голосовой щели.
- Подсвязочному пространству.
- Гор ганоглотке.

555. Методы исследования носоглотки:

1. Передняя риноскопия.
2. Задняя риноскопия.
3. Рентгенологическое исследование.
4. Пальцевое исследование.

Фарингоскопия.

Ответ: 2,3,4

556. Жалобы больного при наличии паралича мягкого нёба:

1. Закрытая гнусавость.
2. Открытая гнусавость.
3. Затруднение глотания.
4. Попадание пищи в носоглотку.

Ответ: 2,4

557. Паренхимой нёбных миндалин является:

1. Лимфаденоидная ткань.
2. Ретикулярная ткань.
3. Крипты.
4. Трабекулы.

Ответ: 1

558. Нёбные миндалины выполняют следующие функции:

1. Защитная функция.
2. Функция глотания.
3. Кроветворная функция.
4. Дыхательная функция.

Ответ: 1, 3

559. Грушевидные синусы расположены в:

1. заднелатеральных отделах входа в гортань.
2. заднелатеральных отделах входа в пищевод.
3. переднелатеральных отделах входа в гортань.
4. На уровне задних концов нижних носовых раковин.
5. Между корнем языка и надгортанником в боковых отделах.

Ответ: 1

560. Гипертрофия нёбных миндалин чаще наблюдается в следующем возрасте:

1. 3-7 лет.
2. 8-12 лет.
3. 14-16 лет.
4. У взрослого контингента больных.
5. В старческом возрасте.

Ответ: 1

561. Нёбные миндалины снабжаются кровью из бассейна следующей артерии:

1. Наружная сонная артерия.
2. Внутренняя сонная артерия.
3. Лицевая артерия.

Ответ: 1

562. Отверстия, открывающиеся в носоглотку:

1. Зев.
2. Хоаны.
3. Евстахиевы трубы.
4. Пищевод.
5. Трахея.

Ответ: 2, 3

563. Защитные функции глотки:

1. Тембр голоса.
2. Акт глотания.
3. Иммуно-биологическая.
4. Нервно-рефлекторная.
5. Кроветворная.

Ответ: 3, 4

564. Анатомические образования, которые относятся к передней стенке глотки:

1. Слуховые трубы.
2. Хоаны.
3. Трубные миндалины.
4. Зев.
5. Корень языка.
6. Язычная миндалина.

Ответ: 2, 4, 5, 6

565. Ротоглотка расположена на уровне:

1. 4, 5, 6 шейные позвонки.
2. 2-3-й шейные позвонки.
3. 1-й шейный позвонок.
4. 1-2-й шейные позвонки.
5. 4-й шейный позвонок.

Ответ: 2

566. Граница между верхним и средним этажами глотки:

1. Условная линия, которая является продолжением корня языка.
2. Условная линия, которая является продолжением твердого неба.
3. Условная горизонтальная плоскость на уровне 7-го шейного позвонка.
4. Условная горизонтальная плоскость на уровне 3-го шейного позвонка.

Ответ: 2

567. Мышцы, поднимающие глотку:

1. Верхний констриктор глотки.
2. Шило-глоточная.
3. Нёбно-глоточная.
4. Нижний констриктор глотки.
5. Трубно-глоточная.

Ответ: 2, 3, 5

568. Непроизвольные фазы глотания:

1. Продвижение пищевого комка по глотке к входу в пищевод.
2. Рефлекторное открытие рта пищевода и продвижение пищевого комка по нему.
3. Подъём языком пищевого комка.
4. Продвижение пищевого комка за передние нёбные дужки.

Ответ: 1, 2

569. Чувствительная иннервация верхнего отдела глотки:

1. Блуждающий нерв (верхнегортанный).
2. Тройничный нерв (2-я ветвь).

3. Языкоглоточный нерв.
4. Симпатические волокна верхнего шейного узла.

Ответ: 2,4

570. Иннервация верхнего отдела глотки (двигательная):

1. Возвратный нерв (ветвь блуждающего нерва).
2. Языкоглоточный нерв.
3. Тройничный нерв.
4. Лицевой нерв

Ответ: 2

571. Венозный отток из заднего глоточного сплетения осуществляется в:

1. височное сплетение.
2. внутреннюю яремную вену.
3. угловую вену
4. лицевую вену

Ответ: 2

572. Расстояние от наружной сонной артерии до нижнего полюса небной миндалины (по Булатникову Ф.И.):

1. 2,3-3,9 см.
2. 4,1 см.
3. 5 мм.
4. 6 см.
5. 1 см.

Ответ: 1

573. Расстояние от внутренней сонной артерии до нижнего полюса небной миндалины:

1. 5 мм.
2. 1,1-1,7 см.
3. 2,8 см.
4. 4 см.
5. 5,5-6,2 см.

Ответ: 2

574. В ротоглотке имеются:

1. Передние нёбные дужки.
2. Задние нёбные дужки.
3. Надгортанник.
4. Глоточная миндалина.
5. Вестибулярные складки.

Ответ: 1, 2

575. Лимфаденоидная ткань в глотке сосредоточена в виде:

1. Гранул.
2. Крипт.
3. Боковых валиков.
4. Миндалин.
5. Лимфатических узлов.

Ответ: 1,3,4

576. В носоглотке находятся миндалины:

1. Трубные.
2. Небные.
3. Глоточная.
4. Язычная.
5. Все перечисленные.

Ответ: 1,3

577. Основное кровоснабжение нёбных миндалин осуществляется через следующие артерии:

1. Восходящая глоточная артерия.
2. Восходящая небная артерия.
3. Нисходящая небная артерия.
4. Нижняя щитовидная артерия.

5. Нисходящая глоточная артерия.

Ответ: 1,2, 3

578. Глотка включает следующие отделы:

1. Верхний, средний, нижний.
2. Пищеводный, глоточный, носовой.
3. Носоглотку, ротоглотку, гортаноглотку.
4. Носоглотку и ротоглотку.
5. Медиальный, промежуточный, латеральный.

Ответ:1,3

579. Продолжением заглочного пространства является:

1. Переднее средостение.
2. Заднее средостение.
3. Парафарингеальное пространство.
4. Околоспирикулярное пространство.
5. Паравертебральное пространство.

Ответ:

580. Вблизи нижнего полюса небной миндалины расположена:

1. Наружная сонная артерия.
2. Внутренняя сонная артерия.
3. Общая сонная артерия.
4. Щитовидная артерия.
5. Основная артерия.

Ответ: 2

581. К методам исследования глотки относятся:

1. Задняя риноскопия.
2. Мезофарингоскопия.
3. Непрямая ларингоскопия.
4. Трахеобронхоскопия.
5. Эзофагоскопия.

Ответ: 1,2,3

582. Глотка начинается от основания черепа и доходит до уровня шейных позвонков:

1. 2-4.
2. 3-4.
3. 4-5.
4. 5-6.
5. 6-7.

Ответ: 4

583. Заглочный абсцесс чаще встречается у лиц в возрасте:

1. До 2-х лет.
2. От 2-х до 4-х лет.
3. От 5-ти до 10-ти лет.
4. От 10-ти до 12-ти лет.
5. От 12-ти до 14-ти лет

Ответ: 2

584. Отделы глотки:

1. Носоглотка.
2. Ротоглотка.
3. Гортань.
4. Гортаноглотка.
5. Евстахиева труба.

Ответ: 1,2,4

585. Отток лимфы из глотки осуществляется:

1. В передние шейные (глубокие шейные лимфоузлы).
2. В затылочные лимфоузлы.
3. В задние шейные лимфоузлы(заглочные).

4. В околоушные лимфоузлы.
5. В подчелюстные лимфоузлы.

Ответ: 1,3,5

586. Кроме фарингоскопии для диагностики заглоточного абсцесса применяют следующие дополнительные методы исследования:

1. Пальпация.
2. Пункция.
3. Рентгенография.
4. Ангиография.
5. Все выше перечисленные.

Ответ: 1,2,3

587. Нёбная миндалина латерально покрыта:

1. Капсулой.
2. Псевдокапсулой.
3. Мышцами.
4. Многорядным цилиндрическим мерцательным эпителием.
5. Многослойным неороговевающим эпителием.

Ответ: 2

588. Зевная поверхность нёбной миндалины покрыта:

1. Многослойным плоским неороговевающим эпителием.
2. Многорядным мерцательным эпителием.
3. Капсулой.
4. Псевдокапсулой.
5. Мышцами.

Ответ: 1

589. Передняя и задняя дужки нёбных миндалин являются:

1. Дубликатурой слизистой оболочки глотки.
2. Связками.
3. Мышцами.
4. Лимфоидной тканью.
5. Всем выше перечисленным.

Ответ: 1,2

590. Глоточная миндалина располагается в:

1. Ротоглотке.
2. Гортаноглотке.
3. Области надгортанника.
4. Области корня языка.
5. Носоглотке.

Ответ: 5

Указать номер правильного ответа

591. Вопрос: Методы исследования носоглотки следующие:

1. Передняя риноскопия.
2. Задняя риноскопия.
3. Рентгенологическое исследование.
4. Пальцевое исследование.
5. Фарингоскопия.

Ответ: 2, 3,4

592. Вопрос: Виды рентгенологического исследования глотки:

1. Простая рентгенография.
2. Контрастная рентгенография.
3. Томография,
4. Рентгеноскопия.

Ответ: 1, 2, 3

593. Вопрос: Жалобы больного при наличии паралича мягкого неба:

1. Закрытая гнусавость.

2. Открытая гнусавость.
3. Затруднение глотания.
4. Попадание пищи в носоглотку

Ответ: 2, 4

594. Вопрос: Паренхимой небных миндалин является:

1. Лимфоидная ткань
2. Ретикулярная ткань.
3. Крипты.
4. Трабекулы.

Ответ: 1

595. Вопрос: Выделяют следующие проекции рентгенологического исследования глотки:

1. Фронтальная.
2. Боковая.
3. Аксиальная.
4. Задняя.

Ответ: 2, 3

596. Вопрос: Второй степени гипертрофии небных миндалин соответствует следующая ситуация:

1. Небные миндалины сходятся между собой.
2. Небные миндалины выступают за передние небные дужки на 1/3 расстояния между краем передней небной дужки и uvulae.
3. Небные миндалины находятся за передними небными дужками.
4. Небные миндалины выступают за передние небные дужки на 2/3 расстояния между краем передней небной дужки и uvulae.

Ответ: 4

597. Вопрос: Методы исследования гортаноглотки включают в себя:

1. Мезофарингоскопию.
2. Стоматоскопию.
3. Заднюю риноскопию.
4. Непрямую ларингоскопию.
5. Прямую ларингоскопию.
6. Рентгенологическое исследование.

Ответ: 4, 5, 6

598. Вопрос: Носоглотка исследуется при помощи следующих инструментов:

1. Шпателем.
2. Носоглоточным зеркалом.
3. Гортанным зеркалом.
4. Носовым зеркалом

Ответ: 1, 2

599. Вопрос: Небные миндалины выполняют следующие функции:

1. Защитную функцию.
2. Функцию глотания.
3. Кроветворную функцию.
4. Дыхательную функцию

Ответ: 1, 3

600. Вопрос: Грушевидные синусы расположены латеральнее:

1. Гортани.
2. Пищевода.
3. Хоан.
4. Носоглоки

Ответ: 2

601. Вопрос: Закрытая гнусавость наблюдается при:

1. Парезе мягкого неба.
2. Обтурации полости носа патологической тканью.
3. Заглочном абсцессе.

Ответ: 2

602. Вопрос: Пространство между капсулой миндалины и мышечной стенкой глотки (перитонзиллярное пространство) заполнено:

1. Рыхлой клетчаткой.
2. Лимфоидной тканью.
3. Соединительной тканью.
4. Мышечной тканью

Ответ: 1

603. Вопрос: Щели, пронизывающие ткань небной миндалины, называются:

1. Трабекулами.
2. Криптами.
3. Фолликулами.
4. Псевдокапсулой

Ответ: 2

604. Вопрос: Гипертрофия небных миндалин чаще наблюдается в следующем возрасте

1. 3-7 лет.
2. 8-12 лет,
3. 14-16 лет.

Ответ: 1

605. Вопрос: Двигательную иннервацию мышц мягкого неба осуществляет:

1. Языкоглоточный нерв.
2. Лицевой нерв,
3. Тройничный нерв.
4. Блуждающий нерв

Ответ: 3

606. Вопрос: Заднюю небную дужку образуют следующие мышцы:

1. Небно-глоточная.
2. Шило-глоточная.
3. Верхний сжиматель глотки.

Ответ: 1

607. Вопрос: Ротоглотка выстлана следующим эпителием:

1. Многослойным плоским.
2. Цилиндрическим мерцательным.
3. Кубическим многорядным.

Ответ: 1

608. Вопрос: Глоточные устья слуховых труб открываются:

1. На боковой стенке носоглотки.
2. На задней стенке носоглотки.
3. На верхней стенке носоглотки.

Ответ: 1

609. Вопрос: В глотке выделяют следующее количество миндалин:

1. Четыре.
2. Пять.
3. Шесть.

Ответ: 3

610. Вопрос: Глотку подразделяют на следующее количество отделов:

1. Два.
2. Три.
3. Четыре.

Ответ: 2

611. Вопрос: Носоглотка выстлана следующим эпителием:

1. Многорядным цилиндрическим мерцательным эпителием.
2. Многослойным плоским неороговевающим эпителием.
3. Многослойным плоским ороговевающим эпителием.

Ответ: 1

612. Вопрос: Носоглотка сообщается с полостью носа посредством:

1. Общего носового хода.
2. Сошника.
3. Хоан.
4. Ноздрей

Ответ: 3

613. Вопрос: В ротоглотке имеется следующее количество миндалин:

1. Две.
2. Три.
3. Одна.

Ответ: 1

614. Вопрос: В носоглотке имеется следующее количество миндалин:

1. Две.
2. Три.
3. Одна.

Ответ: 2

615. Вопрос: Глотка расположена на уровне следующих шейных позвонков:

1. 3-4.
2. 1-6.
3. 4-6.

Ответ: 2

616. Вопрос: Выделяют следующее количество пар мышц сжимателей глотки:

1. Две.
2. Три.
3. Одну.

Ответ: 2

617. Вопрос: Небную миндалину кровоснабжает следующая артерия:

1. Наружная сонная артерия.
2. Внутренняя сонная артерия.
3. Общая сонная артерия.

Ответ: 1

618. Вопрос: Заглоточное пространство сообщается с:

1. Передним средостением.
2. Задним средостением.
3. Парафарингеальным пространством.

Ответ: 2

619. Вопрос: У детей раннего возраста в заглоточном пространстве имеется скопление:

1. Жировой ткани.
2. Сосудистой ткани.
3. Лимфоидной ткани.
4. Соединительной ткани.

Ответ: 3

620. Вопрос: В ротоглотке различают следующие небные дужки:

1. Небные передние, задние.
2. Небные передние, боковые, задние.
3. Небные боковые.
4. Небные медиальные, латеральные

Ответ: 1

621. - 635. Установить соответствие.

1	Отделы глотки: 1. Носоглотка 2. Ротоглотка 3. Гортаноглотка	Отверстия, открывающиеся в глотку: А. Зев Б. Гортань В. Хоаны Г. Евстахиевы трубы Д. Пищевод
	Ответ: 1 – В, Г; 2 – А; 3 – Б, Д	
2	Защитные функции глотки: 1. Механическая 2. Биологическая	Защитная функция обеспечивается с помощью: А. Секреторного аппарата Б. Лимфоидной ткани В. Вязкости слизи Г. Мерцательного эпителия
	Ответ: 1 – В, Г; 2 – А, Б	
3	Отделы глотки: 1. Носоглотка 2. Ротоглотка 3. Гортаноглотка	Шейный отдел позвоночника: А. 4-6 шейные позвонки Б. 3-й шейный позвонок В. 1-2 шейные позвонки
	Ответ: 1 – В; 2 – Б; 3 – А	
4	Стенки глотки: 1. Передняя 2. Боковая	Анатомические образования, расположенные на стенках глотки: А. Устья слуховых труб Б. Трубные миндалины В. Корень языка
	Ответ: 1 – В, 2 – А, Б	
5	Ответ: 1 – А, Б, 2 – В, Г	
	Ответ: 1 – Г, 2 – А, Б, В, 3 – Д	
6	Ответ: 1 – Г, 2 – А, Б, В, 3 – Д	
	Ответ: 1 – Б, 2 – В	
7	Ответ: 1 – Б, 2 – В	
	Ответ: 1 – А, Б, 2 – В, Г	
8	Ответ: 1 – А, Б, 2 – В, Г	
	Ответ: 1 – Б, 2 – А	
9	Ответ: 1 – Б, 2 – А	
	Ответ: 1 – Б, 2 – А, В, Г	
10	Ответ: 1 – Б, 2 – А, В, Г	
	Ответ: 1 – Б, 2 – В	
11	Ответ: 1 – Б, 2 – В	
	Ответ: 1 – Б, 2 – В	
12	Ответ: 1 – Б, 2 – В	
	Ответ: 1 – В, 2 – А, 3 – Г, 4 – Б	
13	Ответ: 1 – В, 2 – А, 3 – Г, 4 – Б	
	Ответ: 1 – А, 2 – В, 3 – Б	
14	Ответ: 1 – А, 2 – В, 3 – Б	
	Ответ: 1 – В, 2 – А, 3 – Б	
15	Ответ: 1 – В, 2 – А, 3 – Б	
	Ответ: 1 – В, 2 – А, 3 – Б	

Дополнить:

636. Вопрос: В ротоглотке имеются передние и _____ небные дужки.

Ответ: задние

637. Вопрос: Лакуны миндалин иначе называются _____

Ответ: крипты

638. Вопрос: В носоглотке находятся трубные и _____ миндалины.

Ответ: глоточная

639. Вопрос: Методы исследования носоглотки: задняя риноскопия, пальцевое исследование, _____ исследование.

Ответ: рентгенологическое

640. Вопрос: Носоглотка выстлана _____ эпителием.

Ответ: мерцательным, многорядным цилиндрическим

641. Вопрос: Слои стенки глотки: слизистый, _____, фиброзный, фасциальный.

Ответ: мышечный

642. Вопрос: Отверстия, сообщающиеся с глоткой: хоаны, евстахиевы трубы, зев, гортань, _____.

Ответ: пищевод

643. Вопрос: Капсула небной миндалины образована _____ тканью.

Ответ: соединительной

644. Вопрос: Функции глотки: пищепроводящая, дыхательная, резонаторная, _____

Ответ: защитная

645. Вопрос: Миндалины, образующие лимфаденоидное глоточное кольцо: две небные, две трубные, глоточная, _____

Ответ: язычная

646. Вопрос: Основные функции небных миндалин: кроветворная

Ответ: защитная

647. Вопрос: Образования, ограничивающие зев: передние и задние небные дужки, небные миндалины, корень языка, _____

Ответ: мягкое небо

648. Вопрос: Отделы глотки: носоглотка, ротоглотка, _____

Ответ: гортаноглотка

649. Вопрос: Отток лимфы из глотки осуществляется в . передние шейные (глубокие шейные лимфоузлы), задние шейные лимфоузлы (заглоточные), _____

Ответ: подчелюстные

650. Вопрос: Кровоснабжение глотки: верхняя щитовидная артерия, язычная артерия, восходящая небная артерия, восходящая глоточная артерия, _____

Ответ: нисходящая небная артерия, внутренняя челюстная артерия

651. Вопрос: Небная миндалина кровоснабжается из бассейна _____ сонной артерии.

Ответ: наружной

652. Вопрос: Виды чувствительности глотки: болевая, вкусовая, тактильная, _____

Ответ: температурная

653. Вопрос: Пространство, по которому могут распространяться абсцессы глотки в заднее средостение называется _____

Ответ: заглоточное

654. Вопрос: Физиологические барьеры небных миндалин: слизистая оболочка миндалин, _____ миндалины, регионарные лимфатические узлы.

Ответ: капсула

655. Вопрос: Лимфоидная ткань в глотке представлена: гранулами, боковыми валиками, _____

Ответ: миндалинами

656. Нижняя носовая раковина представляет собой:

+ Самостоятельную кость.

Отросток небной кости.

Отросток решётчатой кости.

Отросток верхней челюсти.

Ответ:

657. Нос выполняет следующее количество основных функций:

Восемь (защитная, воздухопроводящая, обонятельная, резонаторная, слезопроводная, косметическая, мимическая,

выделительная).

+ Три (защитная, воздухопроводящая, обонятельная).

Две (обонятельная, воздухопроводящая).

Пять (резонаторная, слезопроводная, косметическая, мимическая, выделительная).

Ответ:

658.3. Закрытая гнусавость возникает при следующих заболеваниях:

Расщелинах мягкого и твердого нёба.

При параличах и парезах мягкого нёба.

+ При всех заболеваниях носа и носоглотки, приводящих к выключению или резкому затруднению носового дыхания.

Ответ:

659.4. Обычно у человека бывает развито следующее количество придаточных пазух носа:

Две плюс клетки решётчатого лабиринта.

+ Шесть плюс клетки решётчатого лабиринта.

Четыре плюс клетки решётчатого лабиринта.

Шесть.

Ответ:

660.5. Корковый конец обонятельного анализатора локализуется:

В лобной доле.

В теменной доле

+ В височной доле.

В мозжечке

Ответ:

661.6. Чувствительная иннервация полости носа осуществляется:

3-ей ветвью тройничного нерва.

+ 1-ой и 2-ой ветвями тройничного нерва.

Отдельными веточками обонятельного нерва.

Ветвями лицевого нерва.

Ответ:

662.7. Физиологическая роль клиновидных пазух:

+ Согревание вдыхаемого воздуха.

+ Являются резонаторами и в них происходит усиление некоторых обертонов, возникающих в гортани.

Увлажнение вдыхаемого воздуха.

+ Облегчение веса черепа.

Защитная функция.

Ответ:

663.8. Самостоятельной костью является:

Верхняя носовая раковина.

+ Нижняя носовая раковина

Средняя носовая раковина.

Верхняя и средняя носовая раковина

Ответ:

664.9. Бактерии в полости носа обезвреживаются и убиваются:

Муцином и лизоцимом.

Муцином.

+ Лизоцимом.

Иммуноглобулином

Ответ:

665.10. Верхнюю треть полости носа в основном выстилает:

Многослойный плоский эпителий.

Многослойный, мерцательный, цилиндрический эпителий.

+ Обонятельный эпителий

Дыхательный эпителий.

Ответ:

666.11. На верхней стенке клиновидной пазухи расположен:

Пещеристая венозная пазуха.

+ Гипофиз.

Внутренняя сонная артерия.

Chiasma opticum.

Ответ:

667.12. Самая тонкая стенка лобной пазухи:

Передняя.

+ Нижняя.

Задняя

Медиальная

Ответ:

668.13. У наружной стенки клиновидной пазухи расположены:

Гипофиз.

Клетки решётчатого лабиринта,

+ Пещеристая венозная пазуха

+внутренняя сонная артерия

+глазодвигательные нервы

+первая ветвь тройничного нерва.

Ответ:

669.14. Лимфатические сосуды носа сообщаются со следующими пространствами:

+ С субдуральным и подпаутинным.

С подпаутинным.

С субдуральным.

Ответ:

670.15. Реснички эпителия полости носа мерцают в следующем направлении:

К преддверию носа.

+ К хоанам.

Хаотично, без определенного направления

В сторону придаточных пазух носа

Ответ:

671.Самой толстой стенкой лобной пазухи является:

Нижняя.

Задняя.

+ Передняя.

Медиальная.

672.Киссельбахово сплетение расположено:

+ В передне-нижнем отделе носовой перегородки.

В задне-нижнем отделе носовой перегородки.

В передне-верхнем отделе носовой перегородки.

В среднем отделе носовой перегородки.

673.Венозная кровь из полости носа и придаточных пазух носа оттекает:

+ В переднюю лицевую вену.

+ В угловую вену.

В заглоточное пространство.

В вены гортаноглотки.

+ В глоточное и крыловидное сплетения.

674.Длительное нарушение носового дыхания у взрослых может привести:

+ К патологическим состояниям сердечно-сосудистой системы.

+ К частым воспалительным процессам в нижележащих отделах дыхательных путей.

К возникновению различных заболеваний желудочно-кишечного тракта.

+ К нарушению венозного оттока из полости черепа.

675.Верхняя стенка носовой полости образована:

+ Ситовидной пластинкой решётчатой кости.

Средними и задними клетками решётчатого лабиринта.
Нижней стенкой лобной пазухи.
Клиновидной пазухой

676. Аносмия это:

Повышенная чувствительность обонятельного анализатора.
+ Отсутствие обоняния.
Пониженная чувствительность обонятельного анализатора.
Извращенное восприятие запахов

677. В средний носовой ход открываются:

Носо-слезный канал.
+ Канал, идущий из лобной пазухи,
+ передние и средние клетки решётчатого лабиринта.
+ Гайморова пазуха
задние клетки решётчатого лабиринта.

678. Наиболее переменчивы в строении следующие придаточные пазухи носа:

Верхнечелюстная.
+ Лобная.
Клиновидная.

679. Струя вдыхаемого воздуха при спокойном дыхании в полости носа проходит следующим путём:

+ Дугообразно, преимущественно через средний и верхний носовой ходы.
По прямой, преимущественно через нижний носовой ход.
По прямой, преимущественно через общий носовой ход.
Дугообразно, через верхний носовой ход.

Пункция гайморовой пазухи производится через следующий носовой ход:

+ Нижний.
Средний.
Верхний.
Общий

680. Внутренняя стенка гайморовой пазухи является наиболее толстой на уровне следующего носового хода:

Верхнего
+ Нижнего.
Среднего.
Толщина всей внутренней стенки гайморовой пазухи одинакова.

681. У новорожденных всегда сформирована пазуха:

Лобная.
Клиновидная.
+ Решётчатый лабиринт.
Верхнечелюстная.

682. Средний носовой ход расположен:

+ Между средней и нижней носовыми раковинами.
Между средней и верхней носовыми раковинами.
Между средней носовой раковиной и дном полости носа.
Между носовой перегородкой и средней носовой раковиной

683. Формирование верхнечелюстных пазух носа заканчивается в возрасте:

20-25 лет.
+ 8-14 лет.
5 лет
1 года

684. С верхнечелюстной пазухой наиболее часто контактируют корни следующих зубов:

Резцов.
+ Первого и второго больших коренных зубов.
Клыков.
Клыков и первого большого коренного зуба

685. В верхний носовой ход открываются:

канал, идущий из лобной пазухи.

+ Отверстия задних клеток решётчатого лабиринта

+Отверстие клиновидной пазухи.

канал, идущий из лобной пазухи

686. Длительное нарушение носового дыхания у детей ведёт к следующим нарушениям:

К нарушению слуховой и вестибулярной функций.

+ К отставанию умственного и физического развития,

+неправильному развитию лицевого скелета, прикуса,

К носовым кровотечениям.

+К частым воспалительным процессам в верхних и нижних дыхательных путях.

687. Лимфоотток из полости носа осуществляется:

В лимфатическую систему глотки.

В заглочное и подпаутинное пространство.

+ В подчелюстные, глубокие шейные и заглочные лимфоузлы, в подпаутинное пространство головного мозга.

В заглочные лимфоузлы

688. Секреторная и сосудистая иннервация носа осуществляется:

Веточками блуждающего нерва.

+ Постганглионарными волокнами шейного симпатического нерва, идущими в составе 2-ой ветви тройничного нерва

+парасимпатическими волокнами, идущими от Видиевого нерва.

Веточками нижнего шейного симпатического узла.

Ветвями тройничного нерва

689. Наиболее тонкой стенкой верхнечелюстной пазухи является:

Нижняя.

+ Верхняя.

Передняя.

Медиальная

690. Аксоны обонятельных клеток заканчиваются в:

Области извилины морского коня.

Аммониевом роге.

+ Обонятельной луковице.

Коре височной доли

691. Две нижние трети полости носа выстилает эпителий:

Обонятельный.

Многослойный плоский неороговевающий.

+ Многорядный цилиндрический мерцательный.

692. В средний носовой ход открывается:

клиновидная пазуха

+ Верхнечелюстная пазуха,

+ лобная пазуха,

+ передние и средние клетки решётчатого лабиринта.

Задние клетки решётчатого лабиринта.

Носо-слезный канал.

693. Лимфатические сосуды наружного носа направляются к следующим лимфоузлам:

К глубоким шейным.

+ К подчелюстным

К подчелюстным и глубоким шейным.

694. Нижний носовой ход расположен:

+ Между нижней носовой раковиной и дном полости носа.

Между нижней и средней носовыми раковинами.

Между нижней носовой раковиной и перегородкой носа.

Между перегородкой носа и средней носовой раковиной

695. Две боковые поверхности носа, соединяясь по средней линии, образуют:

Кончик носа.
Носовые отверстия.
+ Спинку носа.
Корень носа.
Крылья носа.

696. Носовая перегородка в задних отделах образована:

Четырёхугольным хрящом.
+ Сошником.
Нёбным отростком верхней челюсти.
Вертикальной пластинкой нёбной кости.
Горизонтальной пластинкой нёбной кости.
+ Перпендикулярной пластинкой решётчатой кости.

697. Венозная кровь из носа оттекает в систему:

+ Лицевой вены.
+ Верхне-глазничной вены.
Сигмовидного синуса.
+ Глоточного и крыловидного сплетений.
+ Яремной вены.

698. Общий носовой ход это:

+ Пространство между медиальной поверхностью носовых раковин и носовой перегородкой.
Пространство между средней, верхней носовыми раковинами и медиальной стенкой полости носа.
Пространство между нижней, средней носовыми раковинами и латеральной стенкой полости носа.
Пространство между задней стенкой глотки и хоанами.
Пространство между верхней носовой раковиной и верхней стенкой носа.

699. Носовые раковины располагаются на:

+ Наружной стенке полости носа.
Нижней стенке полости носа.
Верхней стенке полости носа.
Внутренней стенке полости носа.

700. Средняя и верхняя носовые раковины анатомически являются отростками:

Лобной и решётчатой костей.
+ Решётчатой кости.
Клиновидной кости.
Нёбной кости.
Кости верхней челюсти.

701. Ведущие дополнительные методы диагностики патологии придаточных пазух носа:

Лабораторный.
+ Рентгенологический.
Диафаноскопия.
Эндоскопический.
+ Компьютерная томография.

702. Выводное отверстие клиновидной пазухи сообщается с:

Общим носовым ходом.
Средним носовым ходом.
Нижним носовым ходом.
+ Верхним носовым ходом.
Носоглоткой.

703. От глазницы решётчатый лабиринт отделяется:

Глазничной пластинкой.
+ Бумажной пластинкой.
Верхней стенкой полости носа.
Нижней стенкой глазницы.
Верхней стенкой глазницы.

704. Средний носовой ход - это пространство между:

Средней носовой раковиной и носовой перегородкой.
+ Нижней носовой раковиной и средней носовой раковиной.
Средней носовой раковиной и верхней носовой раковиной.
Нижней носовой раковиной и носовой перегородкой.
носовой перегородкой и средней носовой раковиной

705. Дно носовой полости образовано:

+ Горизонтальным отростком верхней челюсти.
Лобным отростком верхней челюсти.
+ Горизонтальной пластинкой небной кости.
Сошником.
Вертикальной пластинкой небной кости.

706. Основная пазуха расположена в:

Пирамиде височной кости.
Верхнечелюстной пазухе.
Сосцевидном отростке.
+ Теле клиновидной кости.
Решётчатой кости.

707. Носовая перегородка в переднем отделе представлена:

Носовым гребнем небного отростка верхней челюсти.
Перпендикулярной пластинкой решётчатой кости.
Сошником.
+ Четырёхугольным хрящом.
Хрящами крыльев носа.

708. Верхний носовой ход это:

Пространство между верхней носовой раковиной и перегородкой носа.
Пространство между верхней носовой раковиной, перегородкой носа и средней носовой раковиной.
+ Пространство между верхней носовой раковиной и средней носовой раковиной.
Пространство между верхней носовой раковиной и сводом носа.

709. Лобная пазуха сообщается с:

+ Средним носовым ходом.
Верхним носовым ходом.
Сводом полости носа.
Общим носовым ходом.
Нижним носовым ходом.

710. Пункцию верхнечелюстной пазухи производят через:

Средний носовой ход.
+ Нижний носовой ход.
Верхний носовой ход.
Общий носовой ход

711. Ведущую роль в возникновении патологического процесса в верхнечелюстной пазухе играют:

Активность местной микрофлоры.
+ Реактивность организма.
+ Состояние выводного отверстия пазухи.
Банальная вирусная инфекция.
Случай острого гайморита в прошлом.

К верхним дыхательным путям относятся:

+ Гортань.
Трахея.
Бронхи.
+ Нос.
Глотка.
+ Придаточные пазухи носа.
Лёгкие.

712. Эпителий, покрывающий слизистую оболочку дыхательной области носа

Многослойный плоский.

Цилиндрический.

Многорядный плоский.

+ Цилиндрический многорядный мерцательный.

Кубический.

Обонятельный.

713. Перечислите носовые раковины:

+ Верхняя, средняя и нижняя.

Передняя, средняя и задняя.

Передняя и нижняя.

Латеральная и медиальная.

Латеральная, медиальная и средняя.

714. Правила удаления инородных тел из носа:

+ Фиксация ребенка.

+ Круглые инородные тела удаляют крючком.

+ Плоские инородные тела удаляют пинцетом.

Инородное тело проталкивают в носоглотку.

Любые инородные тела удаляют пинцетом.

715. Отсутствие обоняния это:

+ Аносмия.

Гипосмия 3 ст.

Гипосмия 2 ст.

-Гипосмия 1 ст.

-Гиперосмия.

716. Нижняя носовая раковина представлена следующей костью:

Слезной.

+ Самостоятельной.

Отростком решётчатой кости.

Лобным отростком верхней челюсти.

Крыловидным отростком клиновидной кости.

717. Верхняя стенка полости носа образована преимущественно из следующей кости:

Основная кость.

Носовая кость.

+ Ситовидная пластинка решётчатой кости.

Лобный отросток верхней челюсти.

Нижняя стенка лобной пазухи.

718. Обонятельные нити в переднюю черепную ямку проходят через:

Верхний носовой ход.

Основную кость.

Верхнюю носовую раковину.

+ Отверстия в lamina cribrosa.

Нижнюю и заднюю стенки лобной пазухи.

719. Fossa canina это:

Точка выхода первой ветви n. Trigemini.

Место вскрытия лобной пазухи (фронтотомии).

Место пункции верхнечелюстной пазухи.

Обонятельная зона полости носа.

+ Истончённая площадка на лицевой стенке верхнечелюстной пазухи.

720. Наиболее тонкая стенка верхнечелюстной пазухи:

Передняя.

Задняя.

Медиальная.

Нижняя.

+ Верхняя.

721. Среди придаточных пазух носа наиболее переменная в строении:

Верхнечелюстная пазуха.

Передние клетки решетчатого лабиринта.

Задние клетки решетчатого лабиринта.

+ Лобная пазуха.

Клиновидная пазуха

722. Кость, содержащая в себе лобную пазуху:

Верхняя челюсть.

Решетчатая.

+ Лобная.

Клиновидная.

Нижняя челюсть.

723. Самой толстой стенкой лобной пазухи является:

Задняя.

+ Передняя.

Межпазушная перегородка.

Нижняя.

Верхняя.

724. Субъективные методы исследования остроты обоняния:

+ Ольфактометрия.

+ При помощи набора пахучих веществ.

Ринопневмометрия.

При помощи пушинки Воячека.

При помощи зеркала.

725. Полный перечень придаточных пазух носа включает:

Верхнечелюстные, лобные, клиновидные, передние и задние клетки решетчатого лабиринта.

+ Верхнечелюстные, лобные, клиновидные, передние, средние и задние клетки решетчатого лабиринта.

Верхнечелюстные, лобные, клиновидные.

Лобные, клиновидные, передние, средние и задние клетки решетчатого лабиринта.

Верхнечелюстные, передние и задние клетки решетчатого лабиринта.

726. Наибольшей по объему среди придаточных пазух носа являются:

Лобная.

+ Верхнечелюстная.

Передние клетки решетчатого лабиринта.

Задние клетки решетчатого лабиринта.

Основная.

727. В нижний носовой ход открывается:

Лобная пазуха.

+ Носо-слезный канал.

Верхнечелюстная пазуха.

Задние клетки решетчатого лабиринта.

Основная пазуха.

728. При прохождении вдыхаемого воздуха через полость носа происходит:

Очищение, согревание.

Согревание, увлажнение, обеззараживание.

Очищение, увлажнение, обеззараживание.

+ Очищение, согревание, обеззараживание, увлажнение.

Увлажнение, согревание.

729. От передней черепной ямки полость носа отделяется:

Носовой костью.

Основной костью.

Верхней носовой раковиной.

Нижней стенкой лобной пазухи.

+ Ситовидной пластинкой.

730. Метод просвечивания придаточных пазух носа с помощью низковольтной электролампы называется:

Рентгенография.

Рентгеноскопия.

Ринопневмометрия.

Ольфактометрия.

+ Диафаноскопия.

731. Наружный нос имеет форму:

Треугольника.

Квадрата.

Конуса.

+ Трёхгранной пирамиды.

Четырёхгранной пирамиды.

732. Верхняя стенка клиновидной пазухи граничит со следующими черепными ямками:

Передней.

+ Средней.

Передней и средней.

Средней и задней.

Задней.

733. Киссельбахово сплетение располагается в:

Передне-верхнем отделе носовой перегородки.

+ Передне-нижнем отделе носовой перегородки.

Области латеральной стенки полости носа.

Задне-нижнем отделе носовой перегородки.

Задне-верхнем отделе носовой перегородки.

734. Пространство между дном носовой полости и нижней носовой раковиной называется:

+ Нижний носовой ход.

Средний носовой ход.

Верхний носовой ход.

Общий носовой ход.

Носо-слёзный канал.

735. Нижняя стенка полости носа включает следующие анатомические образования:

Четырёхугольный хрящ.

Сошник.

Перпендикулярную пластинку решётчатой кости.

+ Нёбный отросток верхней челюсти.

+ Горизонтальную пластинку нёбной кости.

736. Емкость верхнечелюстной пазухи:

+ 10-12 см³.

5-10 см³.

3-5 см³.

737. Реакция пациента при 3-ей степени гипосмии:

+ Пациент не воспринимает запах настойки валерианы.

Пациент не воспринимает запах уксусной кислоты.

Пациент не воспринимает запах 96% спирта.

Пациент не воспринимает запах нашатырного спирта

738. Для проведения передней риноскопии необходимы:

+ Лобный рефлектор.

+ Носовое зеркало-расширитель.

+ Искусственное освещение.

Носоглоточное зеркало.

Шпатель.

739. К передним придаточным пазухам относятся:

+ Лобная.
+ Верхнечелюстная.
Клиновидная.
+ Передние клетки решётчатого лабиринта.
Задние клетки решётчатого лабиринта.

740. Открытая гнусавость бывает при:

+ Парезах и параличах мягкого нёба.
Хронических ринитах.
Искривлении носовой перегородки.
+ Расщелинах нёба.
Инородных телах носа.
Аденоидах

741. Верхнечелюстная пазуха имеет следующее количество стенок:

4
3
2
+ 5

742. Секреторная и сосудистая иннервация полости носа осуществляется за счет:

1 и 2 ветвей тройничного нерва.
+ Симпатических ветвей шейного узла.
+ Видиева нерва.
Блуждающего нерва

743. Ольфактометрия используется для оценки:

Резонаторной функции.
Защитной функции.
+ Обонятельной функции.
Дыхательной функции.

744. Обонятельный эпителий выстилает следующие отделы полости носа:

+ Верхнюю треть полости носа.
Нижнюю треть полости носа.
Две верхние трети полости носа.
Две нижние трети полости носа.

745. Пространство между нижней носовой раковиной и дном полости носа это:

Верхний носовой ход.
Средний носовой ход.
+ Нижний носовой ход.
Общий носовой ход

746. Пограничные анатомические образования для клиновидной пазухи:

Глазница, передняя черепная ямка, полость носа.
Глазница, подвисочная и крылонёбная ямки, полость носа и рта.
+ Носоглотка, передняя и средняя черепные ямки, сосудисто-нервный пучок.
Глазница, передняя черепная ямка, полость носа, носоглотка.

747. Регионарные лимфоузлы полости носа:

+ Подчелюстные, глубокие шейные.
Задние шейные.
Расположенные на уровне бифуркации общей сонной артерии.
+ Заглоточные.

748. Анатомические образования, принимающие участие в механической защитной функции полости носа:

Секреторный аппарат.
Лимфоидная ткань.
+ Вязкость слизи,
+ Мерцательный эпителий.

Указать номер правильного ответа

749. Вопрос: Наиболее толстой стенкой верхнечелюстной пазухи является:

4. Верхняя
5. Передняя
6. Нижняя
7. Задняя

Ответ: 2

Дополнить

750. Вопрос: Самой тонкой стенкой лобной пазухи является _____

Ответ: задняя

751. Вопрос: Две боковые поверхности носа, соединяясь по средней линии, образуют. _____

Ответ: спинку носа.

752. Вопрос: Венозная кровь из носа оттекает в систему угловой, глазничной вен и. _____.

Ответ: кавернозного синуса

753. Вопрос: В верхний носовой ход открываются задние клетки решетчатого лабиринта и _____ пазуха

Ответ: клиновидная

754. Вопрос: Общий носовой ход - это пространство между медиальной поверхностью носовых раковин и _____

Ответ: носовой перегородкой

755. Вопрос: Средняя и верхняя носовые раковины анатомически являются отросткам _____ кости.

Ответ: Решетчатой

756. Вопрос: Одним из основных дополнительных методов диагностики патологии при даточных пазух носа является _____

Ответ: Рентгенологический

757. Вопрос: Выводное отверстие клиновидной пазухи сообщается с _____ носовым ходом

Ответ: верхним

758. Вопрос: От глазницы решетчатый лабиринт отделяется _____ пластинкой

Ответ: бумажной

759. Вопрос: Пространство между нижней носовой раковиной и средней носовой раковиной называется _____ носовой ход

Ответ: средний

760. Вопрос: Дно носовой полости образовано горизонтальным отростком верхней челюсти и _____ небной кости

Ответ: горизонтальной пластинкой

761. Вопрос: Волоски эпителия полости носа мерцают в сторону _____

Ответ: хоан /носоглотки

762. Вопрос: Клиновидная пазуха расположена в теле _____ кости

Ответ: клиновидной

763. Вопрос: Носовая перегородка в переднем отделе представлена _____

Ответ: четырехугольным хрящем

764. Вопрос: Верхний носовой ход - это пространство между верхней носовой раковиной и _____ носовой раковиной.

Ответ: средней

765. Вопрос: Лобная пазуха сообщается со _____ носовым ходом.

Ответ: средним

- 766. Вопрос:** В средний носовой ход открываются лобная, верхнечелюстная пазухи, а также _____ и _____ клетки решетчатого лабиринта
Ответ: передние и средние
- 767. Вопрос:** Пункцию верхнечелюстной пазухи производят через _____ носовой ход
Ответ: нижний
- 768. Вопрос:** Лобная пазуха сообщается с полостью носа посредством _____ канала
Ответ: лобно-носового
- 769. Вопрос:** Адекватным раздражителем обонятельных клеток являются _____
Ответ: пахучие вещества /одоривекторы
- 770. Вопрос:** Исследование сопротивления вдыхаемому воздуху в полости носа называется _____
Ответ: ринопневмометрия
- 771. Вопрос:** Корковый отдел обонятельного анализатора расположен в области извилины _____ и аммонова рога
Ответ: морского коня
- 772. Вопрос:** Вдоль боковых стенок клиновидных пазух расположены: внутренняя сонная артерия, отводящие нервы, _____ синус
Ответ: кавернозный
- 773. Вопрос:** Отсутствие обоняния называется _____
Ответ: anosmia
- 774. Вопрос:** Из трех носовых раковин самостоятельной костью является _____ носовая раковина
Ответ: нижняя
- 775. Вопрос:** Основу верхней стенки носовой полости составляет _____ пластинка решетчатой кости
Ответ: ситовидная/решетчатая
- 776. Вопрос:** Обонятельные нити в переднюю черепную ямку проходят через отверстия в lamina _____
Ответ: cribrosa
- 777. Вопрос:** Плоское углубление на лицевой стенке верхнечелюстной пазухи называется _____
Ответ: собачья ямка /fossa conina
- 778. Вопрос:** Наиболее тонкой стенкой верхнечелюстной пазухи является _____
Ответ: орбитальная/глазничная /верхняя
- 779. Вопрос:** Среди придаточных пазух носа наиболее переменны в строении _____ пазухи
Ответ: лобные
- 780. Вопрос:** Лобная пазуха находится в чешуе _____ кости
Ответ: лобной
- 781. Вопрос:** Самой толстой стенкой лобной пазухи является _____ стенка
Ответ: передняя
- 782. Вопрос:** Объективный метод исследования остроты обоняния называется _____
Ответ: ольфактометрией
- 783. Вопрос:** К придаточным пазухам носа относятся: верхнечелюстные, лобные, _____ и клетки решетчатого лабиринта
Ответ: клиновидные
- 784. Вопрос:** Наибольшими по объему среди придаточных пазух носа являются _____
Ответ: верхнечелюстные
- 785. Вопрос:** Слезно-носовой канал открывается в _____ носовой ход

Ответ: нижний

786. Вопрос: При прохождении вдыхаемого воздуха через полость носа происходит его увлажнение, согревание, _____, _____

Ответ: очищение, обеззараживание

787. Вопрос: От передней черепной ямки полость носа отделяется _____ пластинкой

Ответ: ситовидной пластинкой

788. Вопрос: Метод просвечивания придаточных пазух носа с помощью низко вольтовой электролампы называется _____

Ответ: диафаноскопией

789. Вопрос: Наружный нос имеет форму _____ пирамиды

Ответ: трехгранной

790. Вопрос: Верхняя стенка клиновидной пазухи граничит с _____ черепной ямкой:

Ответ: средней

791. Вопрос: Участок поверхностно расположенного сосудистого сплетения в передненижнем отделе носовой перегородки называется _____

Ответ: Киссельбаховым сплетением

792. Вопрос: Пространство между дном носовой полости и нижней носовой раковиной

Называется _____

Ответ: нижний носовой ход

793. Три основные функции, которые выполняет нос - _____, воздухопроводная, обонятельная.

Ответ: защитная

794. При всех заболеваниях носа и носоглотки, приводящих к выключению или резкому затруднению носового дыхания, развивается _____ гнусавость.

Ответ: закрытая

795. Обычно у человека бывает развито 6 придаточных пазух носа плюс клетки _____.

Ответ: решетчатого лабиринта

796. Корковый конец обонятельного анализатора локализуется в _____ доле.

Ответ: височной

797. Чувствительная иннервация полости носа осуществляется _____ нерва.

Ответ: 1-ой и 2-ой ветвями тройничного нерва/ветвями тройничного нерва

798. Бактерии в полости носа обезвреживаются и убиваются с помощью _____.

Ответ: лизоцима

799. Верхнюю треть полости носа в основном выстилает _____ эпителий.

Ответ: Обонятельный

800. Верхняя стенка клиновидной пазухи граничит с _____.

Ответ: гипофизом

801. Самой тонкой стенкой лобной пазухи является _____ стенка.

Ответ: нижняя/глазничная/орбитальная

802. У наружной стенки клиновидной пазухи расположены: _____ синус, внутренняя сонная артерия, глазодвигательные нервы

Ответ: кавернозный/пещеристый

803. Лимфатические сосуды носа сообщаются с _____ и _____ пространствами.

Ответ: субдуральным и подпаутинным

804. Реснички эпителия носа мерцают в направлении к _____.

Ответ: хоанам/носоглотке

805. Киссельбахово сплетение расположено в _____ отделе носовой перегородки.

Ответ: передне-нижнем

806. Из полости носа и придаточных пазух носа венозная кровь оттекает в переднюю лицевую вену, _____ вену, в глоточное и крыловидное сплетения.

Ответ: угловую

807. Верхняя стенка носовой полости образована _____.

Ответ: Ситовидной пластинкой решётчатой кости

808. Аносмией называется _____.

Ответ: Отсутствие обоняния

Струя вдыхаемого воздуха при спокойном дыхании проходит в полости носа дугообразно, преимущественно через _____ носовой ход.

Ответ: верхний

809. Пункция гайморовой пазухи производится через _____ носовой ход.

Ответ: нижний

810. В нижний носовой ход открывается _____.

Ответ: носослезный канал

811. Внутренняя стенка гайморовой пазухи является наиболее толстой на уровне _____ носового хода.

Ответ: нижнего

812. Из всех придаточных пазух у новорожденных всегда сформирован _____.

Ответ: решетчатый лабиринт

813. При параличах и парезах мягкого нёба, расщелинах мягкого и твердого нёба возникает _____ гнусавость.

Ответ: открытая

814. Средний носовой ход расположен между _____ и _____ носовыми раковинами.

Ответ: средней и нижней

815. Формирование верхнечелюстных пазух носа заканчивается в возрасте _____ лет.

Ответ: 8-14

816. С верхнечелюстной пазухой наиболее часто контактируют корни _____ больших коренных зубов.

Ответ: Первого и второго

817. В верхний носовой ход открываются отверстия задних клеток решетчатого лабиринта и _____.

Ответ: клиновидной пазухи

818. Аксоны обонятельных клеток заканчиваются в _____.

Ответ: Обонятельной луковице

819. Две нижние трети полости носа выстилает _____ эпителий.

Ответ: Многослойный цилиндрический мерцательный/дыхательный

820. Лимфатические сосуды наружного носа направляются к _____ лимфоузлам.

Ответ: подчелюстным.

821. Нижний носовой ход расположен между нижней носовой раковиной и _____.

Ответ: дном полости носа/носовой полости

822. Носовая перегородка в задних отделах образована сошником и _____ пластинкой решётчатой кости

Ответ: перпендикулярной.

823. Пространство между медиальной поверхностью носовых раковин и _____ называется общим носовым ходом.

Ответ: носовой перегородкой.

824. Носовые раковины располагаются на _____ стенке полости носа.

Ответ: Наружной стенке полости носа.

825. Ведущим дополнительным методом диагностики патологии придаточных пазух носа является _____ метод

Ответ: Рентгенологический

826. Выводное отверстие клиновидной пазухи сообщается с _____ ходом.

Ответ: Верхним носовым ходом.

827. От глазницы решетчатый лабиринт отделяется _____ пластинкой

Ответ: Бумажной.

828. Дно носовой полости образовано _____ отростком верхней челюсти и горизонтальной пластинкой небной кости.

Ответ: горизонтальным.

829. Передний отдел носовой перегородки образован _____.

Ответ: Четырехугольным хрящом.

830. Верхний носовой ход это пространство между верхней носовой раковиной и _____ носовой раковиной

Ответ: средней.

831. Ведущую роль в возникновении патологического процесса в верхнечелюстной пазухе играют реактивность организма и состояние _____ отверстия пазухи

Ответ: выводного.

832. Слизистую оболочку дыхательной области носа покрывает _____ эпителий.

Ответ: Цилиндрический многоядный мерцательный.

833. Различают _____, _____ и _____ раковины носа.

Ответ: Верхняя, средняя и нижняя.

834. Обонятельные нити проходят через отверстия _____ пластинки в переднюю черепную ямку.

Ответ: решетчатой.

835. Обонятельные нити проходят через отверстия решетчатой пластинки в _____ черепную ямку.

Ответ: переднюю.

836. Истонченная площадка на лицевой стенке верхнечелюстной пазухи называется _____.

Ответ: собачья ямка/Fossa canina.

837. Кость, содержащая в себе лобную пазуху, называется _____.

Ответ: Лобная/лобной.

838. Измерение остроты обоняния при помощи специального прибора ольфактометра называется _____.

Ответ: Ольфактометрия.

839. Полный перечень придаточных пазух носа включает верхнечелюстные, лобные, клиновидные пазухи и _____.

Ответ: решетчатый лабиринт.

840. Наибольшей по объему среди придаточных пазух является _____ пазуха носа.

Ответ: Верхнечелюстная/гайморова.

841. Средний объем верхнечелюстной пазухи составляет _____ см³.

Ответ: 10-12 см³.

842. При 3-ей степени гипосмии пациент не воспринимает запах _____.

Ответ: настойки валерианы.

843. Для проведения передней риноскопии необходимы: лобный рефлектор; носовое зеркало-расширитель; _____.

Ответ: искусственное освещение.

844. К передним придаточным пазухам относятся передние клетки решетчатого лабиринта, лобная и _____ пазуха.

Ответ: верхнечелюстная.

845. В средний носовой ход открываются отверстия лобной пазухи; верхнечелюстной пазухи; _____ и _____ клетки решетчатого лабиринта.

Ответ: передние и средние.

846. Верхнечелюстная пазуха имеет _____ стенок.

Ответ: 5.

847. Секреторная и сосудистая иннервация полости носа осуществляется за счет Симпатических ветвей шейного узла и _____ нерва

Ответ: Видиева

848. Ольфактометрия используется для оценки _____ функции.

Ответ: Обонятельной

849. Обонятельный эпителий выстилает _____ полости носа.

Ответ: Верхнюю треть.

Установить правильную последовательность

850. *Вопрос:* Этапы передней риноскопии:

1. Осмотр полости носа при прямом положении головы
2. Ввести носовой расширитель в одну из половин носа
3. Осмотр полости носа при наклоненной вниз голове
4. Осмотр полости носа с запрокинутой головой
5. Осмотр другой половины полости носа в той же последовательности

Ответ: 2,1,3,4,5

851. *Вопрос:* Обонятельный анализатор состоит из:

1. Обонятельные нити
2. Аммонов рог, гиппокамп
3. Обонятельный тракт
4. Обонятельная луковица

Ответ: 1,4,3,2

852. *Вопрос:* В какой последовательности происходит развитие придаточных пазух носа:

1. Лобные
2. Клиновидные
3. Верхнечелюстные
4. Решетчатый лабиринт

Ответ: 4,3,2,1

853. *Вопрос:* Латеральная стенка полости носа состоит из:

1. Носовая кость
2. Слезная кость
3. Носовой отросток лобной кости
4. Решетчатый лабиринт
5. Лобный отросток верхней челюсти
6. Перпендикулярная пластинка небной кости
7. Внутренняя пластинка крыловидного отростка клиновидной кости

Ответ: 1,3,5,2,4,6,7

854. Вопрос: Последовательность обследования носа и его функций:

1. Передняя риноскопия
2. Осмотр и пальпация наружного носа
3. Задняя риноскопия
4. Исследование дыхательной и обонятельной функций носа
5. Осмотр преддверия полости носа

Ответ: 2,5,1,3,4

855.– 867. Установить соответствие

1	Стенки полости носа: 1. Латеральная 2. Медиальная 3. Верхняя 4. нижняя	Анатомические образования: А. 4-хугольный хрящ Б. Сошник В. Носовая кость Г. Небный отросток верхней челюсти, горизонтальная пластинка решетчатой кости Д. Перпендикулярная пластинка решетчатой кости Е. Ситовидная пластинка решетчатой кости
	Ответ: 1 - В 2 - А, Б; 3 - Е, 4 - Г	
2	Придаточные пазухи носа: 1. Верхнечелюстная 2. Лобная 3. Клиновидная	Объем пазухи: А. 10-12 мм ³ Б. 5-10см ³ В. 3-5 мм ³
	Ответ: 1 - А, 2 - ВБ, 3 - Б	
3	Виды риноскопии: 1. Передняя 2. Задняя	Необходимые принадлежности: А. Лобный рефлектор Б. Носовое зеркало (расширитель) В. Носоглоточное зеркало Г. Шпатель
	Ответ: 1 - А, Б; 2 - А, В, Г	
4	Группы придаточных пазух носа: 1. передние 2. Задние	Виды придаточных пазух носа: А. Лобная Б. Верхнечелюстная В. Клиновидная Г. Передние клетки решетчатого лабиринта Д. Задние клетки решетчатого лабиринта
	Ответ: 1 - А, Б, Г; 2 - В, Д	
5	Носовые ходы: 1. Нижний 2. Средний 3. Верхний	Выводные отверстия пазух: А. Клиновидная пазуха Б. Канал лобной пазухи В. Отверстие гайморовой пазухи Г. Передние и средние клетки решетчатого лабиринта Д. Задние клетки решетчатого лабиринта Е. Слезно-носовой канал
	Ответ: 1 - Д; 2 - Б, В, Г; 3 - А, Е	
6	Виды гнусавости: 1. Открытая 2. Закрытая	Патологические состояния: А. Искривление носовой перегородки Б. Инородное тело полости носа В. Опухоль носа Г. Расщелина неба Д. Хронический ринит Е. Парезы и параличи мягкого неба
	Ответ: 1 - Г, Е; 2 - А, Б, В, Д	
7	Придаточные пазухи: 1. Лобная 2. Верхнечелюстная 3. Клиновидная	Количество стенок: А. 4 Б. 6
	1 - А, 2 - Б, 3 - А	
8	Иннервация полости носа: 1. Секреторная и сосудистая 2. Чувствительная	Нервы: А. 1 ветвь тройничного нерва Б. 2 ветвь тройничного нерва В. Симпатические ветви шейного узла

		Г. Видиев нерв
	Ответ: 1 – В, Г; 1 – А, Б	
9	Функции носа: 1. Обонятельная 2. Дыхательная 3. Защитная	Методы исследования: А. Исследование мукоцилиарного транспорта Б. Ринопневмометрия В. Ольфактометрия
	Ответ: 1 – В, 2 – б, 3 - А	
10	Отделы полости носа: 1. Верхняя треть полости носа 2. Две нижние трети полости носа	Эпителий: А. Многослойный мерцательный Б. Обонятельный
	Ответ: 1 – Б, 2 - А	
11	Придаточные пазух носа: 1. Верхнечелюстная 2. Лобная 3. Клиновидная 4. Решетчатый лабиринт	Пограничные анатомически образования: А. Глазница Б. Полость рта В. Передняя черепная ямка Г. Носоглотка Д. Средняя черепная мка Е. Полость носа Ж. Подвисочная и крылонебная ямки З. Сосудисто-нервный пучок
	Ответ: 1 –А,Б,Е,Ж; 2 - А,В,Е; 3- В,Г,Д,З; 4 – А,В,Г,Е	
12	Отделы носа 1. Полость носа 2. Наружный нос	Регионарные лимфоузлы: А. Подчелюстные Б. Глубокие шейные
	Ответ: 1 – А,Б; 2 - А	
13	Придаточные пазухи носа: 1. Верхнечелюстная 2. Лобная 3. Клиновидная 4. Решетчатый лабиринт	Расположение выводных отверстий придаточных пазух носа: А. Носоглотка Б. Верхний носовой ход В. Нижний носовой ход Г. Средний носовой ход
	Ответ: 1 – Г; 2 – Г; 3 – А,Б; 4 – Б,Г	

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

(проверяемые индикаторы компетенции –УК-1, ОПК-4, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

Ситуационная задача № 1

Дайте заключение по слуховому паспорту:

AD Тесты AS

+ СШ	-	
1 м	ШР	6 м
6 м	РР	6 м

25 с С 128 (N 60 с) 60 с

10 с С 2048 (N 40 с) 40 с

30 с С к 128 (N 30 с) 30 с

	←	W	
« - »		R	« + »
« + »		Sch	N

Ответ: нарушение слуха на правое по типу поражения звукопроводения

Ситуационная задача № 2

Дайте заключение по слуховому паспорту:

AD Тесты AS

+ СШ	+	
1 м	ШР	4 м
4 м	РР	6 м

60 с С 128 (N 60 с) 65 с

10 с С 2048 (N 40 с) 15 с

30 с С к 128 (N 30 с) 40 с

	W →	
« + »	R	« + »
« - »	Sch	« - »

Ответ: нарушение слуха на оба уха (больше на правое) правое по типу поражения звукопроводения

Ситуационная задача № 3

Дайте заключение по слуховому паспорту:

AD Тесты AS

+ СШ	+	
1 м	ШП	2 м
6 м	PP	6 м

55 с С 128 (N 60 с) 65 с
 30 с С 2048 (N 40 с) 30 с
 30 с Ск 128 (N 30 с) 30 с

	← W →	
« - »	R	« - »
« + »	Sch « + »	

Ответ: нарушение слуха на оба уха типу поражения звуковосприятия

Ситуационная задача № 4

Дайте заключение по слуховому паспорту:

AD Тесты AS

- СШ	-	
0 м ШП	6 м	
0 м	PP	6 м

ad sonchae Крик (с трещоткой) «+»
 10 с С 128 (N 60 с) 60 с
 5 с С 2048 (N 40 с) 40 с
 0 с Ск 128 (N 30 с) 30 с

	W →	
« - »	R	« + »
« - »	Sch	N

Ответ: нарушение слуха на правое ухо по типу поражения звуковосприятия

Ситуационная задача № 5

Дайте заключение по слуховому паспорту:

AD Тесты AS

- СШ	-	
1 м	ШП	4 м
2 м	PP	6 м

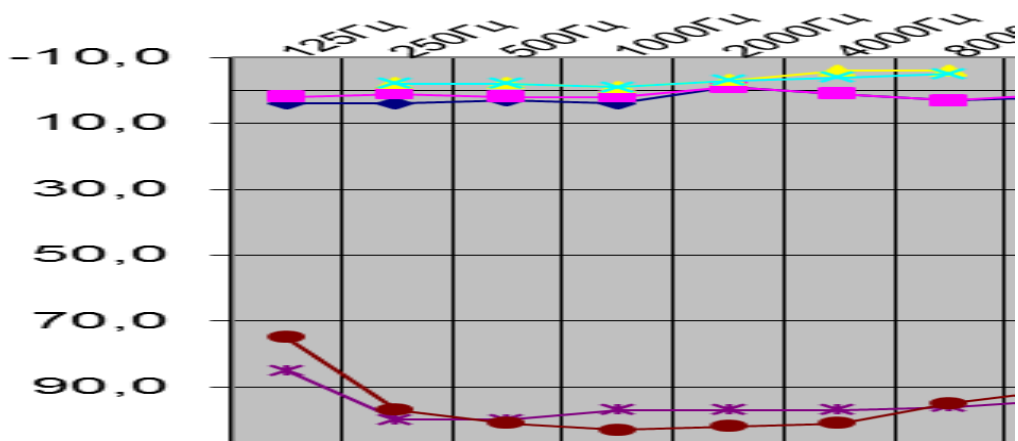
25 с С 128 (N 60 с) 50 с
 20 с С 2048 (N 40 с) 45 с
 0 с С к 128 (N 30 с) 30 с

	W →	
« + »	R	« - »
« - »	Sch « + »	

Ответ: нарушение слуха на оба уха (больше на правое) по смешанному типу

Ситуационная задача № 6

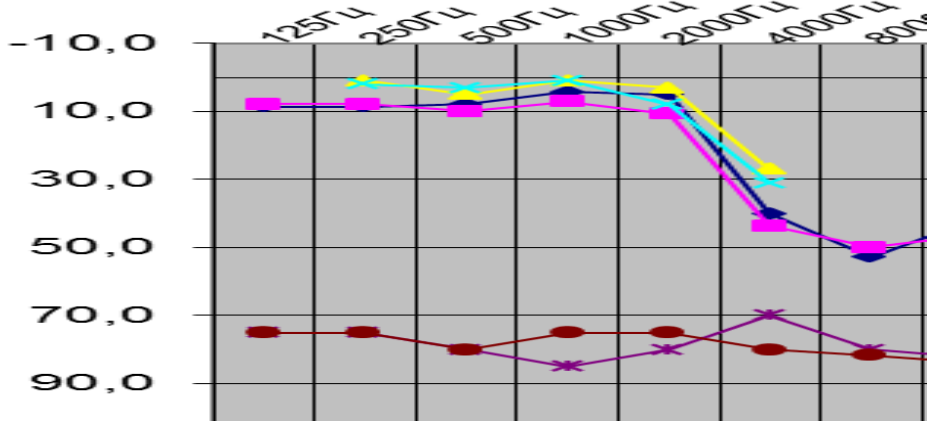
Проведите клинический анализ пороговой тональной аудиограммы:



Ответ: слуховая функция в норме

Ситуационная задача № 7

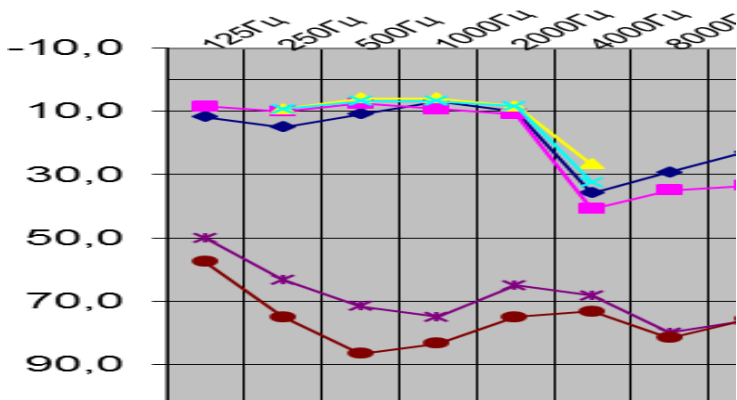
Проведите клинический анализ пороговой тональной аудиограммы:



Ответ: снижение слуха на оба уха по типу нарушения звуковосприятия

Ситуационная задача № 8

Рассчитайте по пороговой тональной аудиограмме степень тугоухости по международной классификации:



Ответ: 1 степень СНТ

Ситуационная задача № 9

Больной жалуется на снижение или отсутствие обоняния.

Вопрос: Как выяснить, что причина заболевания респираторная?

Ответ: Произвести переднюю риноскопию. Респираторная гипо- или аносмия возникает в результате имеющихся изменений в полости носа (искривление носовой перегородки, полипы и опухоли носа, отечность слизистой оболочки средней и нижней носовых раковин и т. д.).

Ситуационная задача № 10

При случайном отсутствии носового зеркала как можно полноценно произвести переднюю риноскопию у детей?

Ответ: У детей для передней риноскопии можно использовать ушную воронку. Для этого врач левой рукой вводит воронку в преддверие носа, направляет в нее пучок света от лобного рефлектора и осматривает полость носа.

Ситуационная задача № 11

Оденьте и подготовьте к работе лобный рефлектор.

Ответ: Рефлектор укрепляют на лбу при помощи лобной повязки: отверстие рефлектора располагают против левого глаза. Рефлектор должен быть удален от исследуемого органа на 25 – 30 см. (фокусное расстояние зеркала).

Ситуационная задача № 12

С помощью лобного рефлектора обеспечьте освещение и осмотр исследуемого органа.

Ответ: С помощью рефлектора направляют пучок света на нос обследуемого. Затем закрывают правый глаз, а левым смотрят через отверстие рефлектора и поворачивают его так, чтобы был виден пучок света (зайчик) на носу. Открывают правый глаз и продолжают осмотр двумя глазами. Проверяют, выдержано ли фокусное расстояние рефлектора.

Ситуационная задача № 13

При пункции гайморовой пазухи по поводу гнойного гайморита промывная жидкость не поступает через пункционную иглу.

Что нужно предпринять? Какая предварительная процедура не выполнена?

Ответ: Необходимо перед пункцией провести анемизацию среднего носового хода для уменьшения отека слизистой оболочки в области устья пазухи.

Ситуационная задача № 14

При адренализации нижнего носового хода ватником соскочила вата и осталась в глубине носового хода.

Как извлечь вату?

Ответ: Предложить больному придавить крыло носа к носовой перегородке на противоположной стороне и с усилием высморкать нос. Если вата не будет выдута струей воздуха, нужно извлечь ее крючком.

Ситуационная задача № 15

Что нужно сделать, если у больного при фарингоскопии появляется рвота при малейшем дотрагивании к языку?

Ответ: Предложить больному явиться на прием натошак или оросить слизистую оболочку глотки 1 – 2% раствором дикаина (или 10% лидокаина).

Ситуационная задача № 16

У больного жалобы на системное головокружение и отклонение при ходьбе вправо. При осмотре определяется спонтанный нистагм влево; при указательных пробах руки гармонично отклоняются вправо; в позе Ромберга больной отклоняется вправо, при поворотах головы - направление отклонения меняется; при походке по прямой больной отклоняется вправо; фланговая походка не изменена; адиадохокинез отсутствует.

Определите для патологии какого анализатора характерна вышеуказанная симптоматика?

Ответ: Для вестибулярного анализатора.

Ситуационная задача № 17

У больного жалобы на системное головокружение и отклонение при ходьбе влево. При осмотре определяется спонтанный нистагм вправо II степени, мелкоазмашистый. При проведении статокордиационных проб: в пробе Фишера-Барре руки гармонично отклоняются влево; в указательных пробах руки гармонично промахиваются влево; в позе Ромберга больной отклоняется влево, при поворотах головы - направление отклонения меняется; походка по прямой линии - отклонение влево; фланговая походка не изменена; адиадохокинез отсутствует.

а). Какое ухо поражено?

б). Какие методы исследования вестибулярного анализатора необходимо провести для уточнения данной патологии?

Ответ: а) левое ухо

б) вестибулологическое исследование с проведением калорических и вращательных тестов; стабилметрия

8У больного жалобы на системное головокружение и отклонение при ходьбе вправо. При осмотре определяется спонтанный нистагм влево III степени, мелкоазмашистый. При проведении статокордиационных проб: в пробе Фишера-Барре руки гармонично отклоняются вправо; в указательных пробах руки гармонично промахиваются вправо; в позе Ромберга больной отклоняется вправо, при поворотах головы - направление отклонения меняется; походка по прямой линии - отклонение вправо; фланговая походка не изменена; адиадохокинез отсутствует.

а) . Какое ухо поражено?

б) . Какие методы исследования вестибулярного анализатора необходимо провести для уточнения данной патологии?

Ответ: а) правое ухо

б) вестибулологическое исследование с проведением калорических и вращательных тестов; стабилметрия

Ситуационная задача № 19

У больного жалобы на системное головокружение и отклонение при ходьбе влево. При осмотре у больного определяется правосторонний спонтанный нистагм III степени, мелкоразмашистый. При проведении статокордиационных проб: в пробе Барре-Фишера руки гармонично отклоняются влево, в указательных пробах руки промахиваются влево; в позе Ромберга больной отклоняется влево, при поворотах головы - направление отклонения меняется; походка по прямой линии - отклонение влево; фланговая походка не изменена; адиадохокинез отсутствует. При проведении вращательной пробы длительность правостороннего послевращательного нистагма - 45 с, а левостороннего - 30 с. При холодовой калоризации правого уха - латентный период нистагма 10 с и длительность его 110 с, а левого уха - латентный период нистагма 30 с и его длительность 60 с.

Определите, какой лабиринт (справа или слева) вызывает данную симптоматику, и в каком состоянии (угнетение или раздражение) он находится?

Ответ: правый лабиринт в состоянии раздражения

Ситуационная задача № 20

У больного жалобы на системное головокружение и отклонение при ходьбе вправо. При осмотре имеется левосторонний спонтанный нистагм II степени, мелкоразмашистый. При проведении статокордиационных проб: в пробе Фишера-Барре руки гармонично отклоняются вправо; в указательных пробах руки гармонично промахиваются в правую сторону; в позе Ромберга больной отклоняется вправо, при поворотах головы - направление отклонения меняется; походка по прямой линии - отклонение вправо; фланговая походка не изменена; адиадохокинез отсутствует. При вращательной пробе длительность послевращательного левостороннего нистагма - 45 с, а правостороннего - 30 с. При проведении холодовой калоризации левого уха - латентный период нистагма 10 с и длительность его 110 с, а при проведении холодовой калоризации правого уха - латентный период нистагма 27 с и его длительность 59 с.

Определите, какой лабиринт (справа или слева) вызывает данную симптоматику, и в каком состоянии (угнетение или раздражение) он находится?

Ответ: левый лабиринт в состоянии раздражения

Ситуационная задача № 21

При осмотре у больного определяется левосторонний спонтанный II нистагм степени, мелкоразмашистый. При проведении статокордиационных проб : в пробе Фишера-Барре руки гармонично отклоняются вправо; в указательных пробах - руки промахиваются вправо; в позе Ромберга больной отклоняется вправо, при поворотах головы - направление падения меняется; походка по прямой линии - отклоняется вправо; фланговая походка не изменена; адиадохокинез отсутствует.

При проведении вращательной пробы длительность послевращательного правостороннего нистагма - 10 с, а левостороннего- 30 с. При проведении холодовой калоризации правого уха - латентный период нистагма 40 с и длительность его 30 с, а при проведении холодовой калоризации левого уха - латентный период нистагма 25 с и его длительность 60 с.

Определите патология, какого лабиринта (правого или левого), и в каком состоянии (угнетение или раздражение) он находится?

Ответ: правый лабиринт в состоянии угнетения

Ситуационная задача № 22

У больного жалобы на системное головокружение, отклонение при ходьбе влево. При осмотре определяется правосторонний спонтанный III нистагм степени, мелкоразмашистый. При проведении статокордиационных проб: в пробе Фишера-Барре руки гармонично отклоняются влево; в указательных пробах - руки гармонично промахиваются влево; в позе Ромберга больной отклоняется влево, при поворотах головы - направление отклонения не меняется; походка по прямой линии - отклонение влево; фланговая походка не изменена; адиадохокинез отсутствует. При проведении вращательной пробы длительность послевращательного левостороннего нистагма - 10 с, а правостороннего- 30 с. При проведении холодовой калоризации левого уха - латентный период нистагма 50 с и длительность его 40 с, а при проведении холодовой калоризации правого уха - латентный период нистагма 26 с и его длительность 57 с.

Определите патология какого лабиринта (правого или левого), и в каком состоянии (угнетение или раздражение) он находится?

Ответ: левый лабиринт в состоянии угнетения

Ситуационная задача № 23

Опишите методику проведения задней риноскопии. Какие образования видны при задней риноскопии

Ответ: Она производится с помощью шпателя и носоглоточного зеркала.

Носоглоточное зеркало подогревают. Шпателем оттесняют книзу передние две трети языка. Нагретое носоглоточное зеркало зеркальной поверхностью кверху вводят за небную занавеску, не касаясь языка и задней стенки глотки. Пучок света от лобного рефлектора должен быть направлен на носоглоточное зеркало, отражаясь от которого, он освещает задние отделы полости носа. Картина задней риноскопии обозревается по частям, для чего носоглоточное зеркало необходимо осторожно слегка поворачивать.

Данная методика применяется для осмотра хоан, задних и верхних отделов полости носа, сошника, устьев слуховых труб, задних концов носовых раковин.

Ситуационная задача №24

Перечислите объективные методы исследования носового дыхания.

Ответ: ринопневмометрия, ринорезистометрия, риноманометрия, компьютерная ринопневмотахометрия и др.

Ситуационная задача № 25

Какие анатомические образования можно увидеть при непрямой ларингоскопии?

Ответ: надгортанник в виде развернутого лепестка, два бугорка черпаловидных хрящей, от которых кверху (кпереди), сходясь под углом и образуя остроугольный треугольник, идут голосовые складки, пространство между - голосовая щель. Латеральнее голосовых складок (выше) располагаются вестибулярные складки. От черпаловидных хрящей к лепестку надгортанника идут черпало-надгортанные складки. Кроме гортани видны образования нижнего отдела глотки (гортаноглотки): корень языка с расположенной на нем язычной миндалиной, два небольших углубления между надгортанником и корнем языка - валлекулы, ограниченные срединной и язычно- надгортанными складками, латеральнее черпало-надгортанных складок расположены грушевидные синусы.

Ситуационная задача № 26

При тимпанометрии у девочки 5 лет определен тип А справа и тип В слева. Что можно сказать о причине нарушения слуха на левое ухо?

Новорожденный ребенок всегда крепко спит, несмотря на окружающий шум. Каким образом можно проверить у него слух в домашних условиях?

Ситуационная задача № 27

В самолёте пассажир с насморком и заложенностью носа во время набора высоты стал жаловаться на резкие боли в ушах. Чем ему можно помочь? Ответ обоснуйте.

Ситуационная задача № 28

Житель деревни, имеющий одностороннюю глухоту, заблудился в глухой тайге. Можно ли ожидать, что он, услышав зов, найдет правильную дорогу? Ответ обоснуйте.

Ситуационная задача № 29

Дайте заключение по вестибулометрии:

Правая сторона Тесты Левая сторона

+ головокружение -

← St
← Mo
←

Ny sp

25 с Ny вр 25 с

0 Ny пр 0 с

Характеристика нистагма: Ny sp – крупноразмашистый, ротаторный

Ситуационная задача № 30

Дайте заключение по вестибулометрии:

Правая сторона Тесты Левая сторона

+ головокружение -

← St
← Mo
←

Ny sp

25 с Ny вр 180 с

0 Ny pr 0 c

Характеристика нистагма: Ny sp – мелкоразмашистый, горизонтальный

Ситуационная задача № 31

Дайте заключение по вестибулометрии:

Правая сторона Тесты Левая сторона
головокружение +
устойчив St устойчив
нарушений нет Mo нарушений нет
- Ny sp -
25 с Ny вр 35 с
0 Ny pr +
Отмечает периодическое системное головокружение.

Ситуационная задача № 32

Дайте заключение по вестибулометрии:

Правая сторона Тесты Левая сторона
Нет головокружение нет
St →
(отклонение в позе Ромберга влево)
Mo (походка влево) →
Нет Ny sp нет
25 с Ny вр 10 с (слабый)
0 Ny pr 0
+ Ny cal не вызывается

Ситуационная задача № 33

У кандидата в летное училище определили 2 степень защитных движений и вегетативных реакций по отолитовой пробе Воячека.

Дайте заключение о его годности к летной профессии.

Ситуационная задача № 34

На прием к ЛОР врачу обратилась пациентка 60 лет с жалобами на снижение слуха на правое ухо, которое заметила после принятия ванны. Проведена акуметрия:

AD AS
+ сш -
2 м ШП 6 м
6 м РР 6 м
- R +
W ← + Sch N

Задание:

О патологии какого аппарата (звукпроводящего или звуковоспринимающего) можно думать в данном случае?

Укажите возможные причины данного состояния.

Что можно предпринять для лечения данного состояния?

Ситуационная задача № 35

На прием к ЛОР врачу обратилась пациентка 18 лет с жалобами на заложенность правого уха, которая появилась на фоне насморка после сильного сморкания. При риноскопии слизистая оболочка носа отечная, слизистый секрет в носовых ходах, дыхание через нос затруднено больше справа. При отоскопии барабанные перепонки серые, справа укорочен световой конус. Проведена акуметрия:

AD AS
+ СШ -
3 м ШП 6 м
6 м РР 6 м
- R +
W ← + Sch N

Задание:

Поставьте диагноз.

О патологии какого аппарата (звукопроводящего или звуковоспринимающего) можно думать в данном случае?

Укажите возможные причины данного состояния.

Что можно предпринять для лечения данного состояния?

Раздел 2. Заболевания носа и околоносовых пазух.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Аномалии развития носа
2. Повреждения носа
3. Инородные тела носа.
4. Острый ринит: этиология, патогенез, особенности у взрослых и грудных детей, лечение.
5. Клинические формы хронического ринита: этиология, патогенез, морфологические особенности, риноскопическая картина, методы диагностики, лечение и профилактика.
6. Влияние насморка на голосо- и речеобразование.
7. Открытая и закрытая гнусавость, причины, нарушения произношения звуков.
8. Фурункул носа: клиника, методы исследования, осложнения, консервативное и хирургическое лечение, профилактика.
9. Носовое кровотечение: этиология, патогенез, обследование больного, диагноз. Методы остановки носового кровотечения.
10. Рожистое воспаление носа. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь. Осложнения.
11. Абсцесс перегородки носа: клиника, диагностика, неотложная помощь
12. Переломы костей носа: классификация, методы обследования, симптомы, лечебная тактика.
13. Острый гнойный гайморит: этиология, патогенез, методы диагностики, лечебная тактика.
14. Одонтогенный гайморит: этиология, патогенез, особенности клиники, лечение.
15. Классификация хронического гайморита, по Б.С. Преображенскому. Лечебная тактика.
16. Этмоидит. Этиология, патогенез, методы диагностики, лечебная тактика.
17. Фронтит. Этиология, патогенез, методы диагностики, лечебная тактика.
18. Сфеноидит. Этиология, патогенез, методы диагностики, лечебная тактика.
19. Хронический гнойный гайморит: этиология, патогенез, симптомы, методы диагностики, лечение.
20. Полипоз носа, полипозный этмоидит: диагностика, лечение, профилактика рецидивов.
21. Полипозный риносинусит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
22. Нарушение носового дыхания у детей и взрослых, его причины, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.
23. Роль персистирующей вирусной инфекции при ЛОР патологии.
24. Лимфатизм у детей.
25. Атопический марш, роль ЛОР специалиста в профилактике.
26. Обоснование показаний к медикаментозному и хирургическому лечению риносинусита.
27. Профилактика и лечение рецидивирующих синуситов

Тестовые задания

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10)

1. Развитию хронического атрофического ринита больше всего способствует следующая профессиональная вредность:

Сырость.

Сквозняки.

+ Пыль.

2. При кровоточащих полипах носа применяется следующее лечение:

Лучевая терапия.

Удаление полипа с ножкой и подлежащей слизистой оболочкой простой петлёй.

+ Удаление полипа с ножкой и подлежащей слизистой оболочкой гальвано-каустической петлёй.

+ Удаление полипа с ножкой и подлежащей слизистой оболочкой хирургической диатермией или радионожом.

3. Для диагностики аллергической ринопатии решающее значение имеют следующие данные:

Риноскопическая картина.

Эффективность десенсибилизирующей терапии.

+ Наличие эозинофилов (в крови и в носовой слизи).

4. Возникновению острого синусита чаще всего способствуют:

+ Острые риниты и обострения хронических ринитов.

Искривление носовой перегородки.

Инородные тела и опухоли.

5. Для профилактики острых синуситов самыми эффективными являются следующие мероприятия:

+ Закаливание организма регулярными холодными обтираниями, длительным пребыванием на свежем воздухе и активным участием в спортивных мероприятиях.

Высококалорийное питание и соблюдение нормального режима труда и отдыха.

Соблюдение правил личной гигиены в быту и на производстве

6. Хронический гипертрофический ринит это:

- Доброкачественный неопластический процесс в области носовых раковин,

+ Хронический воспалительный процесс слизистой оболочки полости носа, который сопровождается её гиперплазией, чаще всего в области нижних носовых раковин.

Паретическое состояние сосудов носа с увеличением объёма носовых раковин.

7. Аллергический насморк наиболее часто вызывают следующие аллергены:

+ Находящиеся в промышленной и комнатной пыли, в пыльце растений и в пахучих химических веществах.

Находящиеся в пищевых продуктах.

Бактериальные.

8. Викарные носовые кровотечения возникают:

При гипертонической болезни.

+ При аменореях и других нарушениях овариально-менструального цикла.

При заболеваниях крови.

9. Придаточные пазухи носа в порядке частоты их воспаления распределяются следующим образом:

Лобная, верхнечелюстная, решётчатый лабиринт, клиновидная.

Решётчатый лабиринт, лобная, клиновидная, верхнечелюстная.

+ Верхнечелюстная, решётчатый лабиринт, лобная, клиновидная.

10. Для хронического синусита наиболее типичен следующий комплекс жалоб:

Головная боль, повышение температуры и затруднение носового дыхания.

Затруднение носового дыхания и нарушение обоняния.

+ Затруднение носового дыхания, насморк, головная боль или тяжесть в области лица, иногда нарушение обоняния и повышение температуры.

11. В придаточных пазухах носа при их воспалении наиболее часто встречаются следующие виды микробов:

Туберкулёзная, синегнойная и кишечная палочки.

+ Стафилококки, стрептококки и пневмококки.

Менингококк, гонококк.

12. Возникновению вазомоторной ринопатии способствуют следующие причины:

Пыль.

+ Длительное охлаждение конечностей, вегетативная дистония, искривление носовой перегородки, полипы носа, частые острые риниты и катары верхних дыхательных путей.

Аллергены.

13. Хирургическое лечение хронических синуситов применяется в следующих случаях:

- Всегда.

+ При наличии стойкого отёка слизистой оболочки в пазухах и наличии полипов в полости носа.

+ При отсутствии эффекта от консервативных методов лечения.

Никогда.

14. Со стороны внутренних органов встречаются следующие осложнения синуситов:

+ Бронхиты, пневмонии, бронхиальная астма, гастриты.

Холециститы и гепатиты.

Нефриты и ревматизм.

15. При носовых кровотечениях больной должен занимать следующее положение:

Горизонтальное.

С запрокинутой назад головой.

+ Полусидячее, сидячее или вертикальное.

16. Различают следующие основные формы хронических ринитов:

Катаральный, серозный, гнойный.

Катаральный, гипертрофический, атрофический, озена.

+ Катаральный, гипертрофический, атрофический, вазомоторный.

17. Для диагностики вазомоторной ринопатии решающее значение имеют следующие данные:

Риноскопическая картина.

Характер носовой слизи.

+ Характер носового дыхания и положительная адреналовая проба при отсутствии выраженных данных, характерных для аллергической ринопатии.

18. Для диагностики хронических синуситов наиболее приемлем следующий комплекс исследований:

+ Анамнез, риноскопическое исследование, пункция гайморовых пазух, зондирование и трепанопункция лобных пазух, рентгенография придаточных пазух носа.

Анамнез, риноскопическое исследование, рентгеноскопия и исследование микробной флоры.

Риноскопическое исследование, пункция гайморовой и лобной пазух, рентгенография придаточных пазух носа.

19. Осложнения синуситов могут быть следующие:

Отосклероз и кохлеарный неврит.

Лабиринтопатии.

+ Фарингиты, ангины.

+ Огиты.

20. Вазомоторная ринопатия представляет собой:

+ Нервно-рефлекторное заболевание с чрезмерной лабильностью нервного аппарата, регулирующего тонус сосудов полости носа.

Хронический васкулит, который локализуется преимущественно в полости носа.

Склеротические изменения сосудов полости носа, которые приводят к дистрофии слизистой оболочки.

21. Развитию атрофического ринита способствуют следующие внешние факторы:

+ Некоторые профессиональные вредности (пыль: силикатная, цементная, хлопчатобумажная, табачная), травмы носа, жаркий сухой климат.

Некоторые профессиональные вредности (сырость, сквозняки).

Злоупотребление курением и алкоголем.

22. Умеренное носовое кровотечение может являться лечебным фактором при следующем заболевании:

Гемофилия и геморрагические диатезы.

- Грипп.

+ Гипертония.

23. Возникновению острых синуситов и обострению хронических синуситов чаще всего способствуют следующие внешние факторы:

+ Сырость, сквозняки и резкие колебания температуры.

Повышенная загазованность воздуха.

Промышленная пыль.

24. Встречаются следующие внутриглазничные осложнения синуситов:

Катаракта.

+ Периостит орбиты, субпериостальный абсцесс, флегмона орбиты и ретробульбарный абсцесс зрительного нерва.

- Глаукома.

- флегмона орбиты

25. Наиболее часты следующие причины носовых кровотечений:

+ Гипертония, болезни крови и кроветворных органов, грипп, физическое перенапряжение, перегревание организма, заболевания печени.

Гипотония, пороки сердца, запылённость и повышенная влажность.

Работа в запылённых помещениях, переохлаждение, заболевания эндокринных желёз.

Гипертония, болезни крови и кроветворных органов

26. Внутричерепные осложнения синуситов:

+ Экстрадуральные и субдуральные абсцессы, менингиты, абсцессы мозга, тромбоз кавернозного синуса.

Динамические нарушения мозгового кровообращения, тромбозы и эмболии сосудов головного мозга,

геморрагические инсульты.
Рассеянный склероз и сирингобульбия.
менингиты

27. В отличие от острого ринита гриппозный насморк имеет следующие особенности:
+ Сопровождается повышением температуры, общей слабостью, фаринголарингитом, трахеитом и иногда носовым кровотечением. В крови обнаруживается лейкопения и моноцитоз.
Сопровождается повышением температуры, общей слабостью и резко выраженным лейкоцитозом.
Гриппозный насморк более продолжительный.

28. Склеромные инфильтраты имеют следующие наиболее характерные особенности:
Болезненные, быстро изъязвляются и локализуются в самых широких участках верхних дыхательных путей.
+ Безболезненны, локализуются в самых узких местах верхних дыхательных путей и никогда не изъязвляются.
Болезненны, покрыты желтоватым налетом и не имеют специфической локализации.
Напоминают вид цветной капусты

29. Для профилактики острых ринитов и катаров верхних дыхательных путей самыми эффективными являются следующие мероприятия:
Соблюдение правил личной гигиены в быту и на производстве.
Восстановление нормальной проходимости полости носа (подслизистая резекция носовой перегородки, аденотомия, полипотомия и конхотомия).
+ Закаливание организма регулярными холодными обтираниями,
+ пребывание на свежем воздухе и активное участие в спортивных мероприятиях.

30. Хирургическое лечение острых синуситов применяется в следующих случаях:
+ При возникновении внутриглазных осложнений.
+ При возникновении внутричерепных осложнений.
- Никогда.
- Всегда.

31. Гнойное отделяемое в верхнем носовом ходе характерно:
Для эмпиемы верхнечелюстной пазухи.
Для эмпиемы лобной пазухи.
+ Для эмпиемы клиновидной пазухи
+ для эмпиемы задних клеток решётчатого лабиринта.

32. Для дифференциальной диагностики нейровегетативной и аллергической форм ринитов решающее значение имеют следующие данные:
+ Эффективность десенсибилизирующей терапии
+ реакция слизистой оболочки носа на алергизацию и адреналиновую пробу.
Риноскопическая картина.
+ Наличие эозинофилии (в крови и носовой слизи).

33. При носовых кровотечениях холод следует положить:
+ На нос и область затылка.
На лобную и теменную часть черепа.
- На стопы ног.
- На орбиты

34. При гнойном гайморите патологическое отделяемое чаще всего встречается:
+ В среднем носовом ходе.
В верхнем носовом ходе.
В нижнем носовом ходе.
В общем носовом ходе

35. В придаточные пазухи носа инфекция наиболее часто попадает следующим путём:
При травме лица и одонтогенно.
+ Риногенно.
Гематогенно.
лимфогенно

36. Склерома верхних дыхательных путей больше распространена:

На Крайнем Севере.
В Сибири.
+ В Западной Белоруссии
+ в Украине.

37. Возникновению острых ринитов и катаров верхних дыхательных путей наиболее часто способствует следующий основной внутренний фактор:

Вегето-сосудистая дистония и повышенное нервно-психическое напряжение.

Алкоголизм.

+ Ослабление защитных реакций организма в результате различных интоксикаций, неправильного питания, гиповитаминозов, аллергии.

- миокардиты

38. Наилучшие условия для оттока гноя в полости носа имеет:

+ Лобная пазуха

+ передние клетки решетчатого лабиринта.

Клиновидная пазуха и задние клетки решетчатого лабиринта.

Гайморова пазуха.

39. При локальном кровотечении из Киссельбахова сплетения наиболее эффективны следующие местные мероприятия:

Задняя тампонада.

+ Прижигание слизистой оболочки кристаллическим или 20-50 % растворами азотнокислого серебра, трихлоруксусной или хромовой кислотой, электрокаутером.

Передняя тампонада.

Отслойка слизистой

40. Тампон, вводимый в носоглотку, при задней тампонаде носа должен иметь следующее количество лигатур:

-Одну.

Пять.

+ Три

- две

41. В этиологии острого ринита решающее значение принадлежит следующим внешним факторам:

+ Переохлаждению.

Домашней пыли.

Воздействию вредных привычек (курение, алкоголь и т.д.)

Атмосферному давлению

42. При фронтите и гайморите гной чаще всего обнаруживается:

В верхнем носовом ходе.

+ В среднем носовом ходе.

В нижнем носовом ходе.

В общем носовом ходе

43. При диффузных носовых кровотечениях необходимо применять следующие местные мероприятия:

+ Передняя и задняя тампонада носа.

Прижигание слизистой оболочки кристаллическим или 20-50% растворами азотнокислого серебра кислотами (трихлоруксусной или хромовой).

Прижигание слизистой оболочки электрокаутером

Отслойка слизистой носовой перегородки.

44. Склерома вызывается следующим возбудителем:

+ Палочка Волковича-Фриша.

Кокковая флора

Вирус гриппа

микоплазма

45. Какие лекарственные препараты используют для прижигания кровоточащих участков на слизистой оболочке носа:

Перекись водорода, эфедрин, полуторохлористое железо.

+ Препараты серебра

+ кислоты.

Иод, марганцево-кислый калий

46. При синуситах могут развиваться следующие тяжелые осложнения:

+ Периостит орбиты, субпериостальный абсцесс, флегмона орбиты.

Шейный и грудной медиастениты.

Флегмона дна полости рта.

+ Тромбоз кавернозного синуса.

+ Экстрадуральный и субдуральный абсцессы.

47. Для улучшения носового дыхания при острых ринитах применяются препараты:

Антибактериальные.

+ Сосудосуживающие.

- Витамины.

Глюкокортикостероидные.

Антигистаминные.

48. Зловонный насморк называется:

Катаральным ринитом.

Гипертрофическим ринитом.

Вазомоторным ринитом.

Простым атрофическим ринитом.

+ Озеной.

49. Обоняние при озене исчезает за счёт:

Нарушения тока воздуха.

+ Атрофии обонятельного рецептора.

Атрофии костной ткани.

Наличия корок.

Токсического поражения центральной части обонятельного анализатора

50. Цель проведения пункции гайморовой пазухи при синуситах:

Диагностическая.

Лечебная.

+ Диагностическая и лечебная.

Превентивная.

Диагностическая и превентивная.

51. Полиноз это:

+ Сезонный аллергический вазомоторный ринит.

Круглогодичный аллергический вазомоторный ринит.

Нейровегетативная форма вазомоторного ринита.

Острый ринит.

Обострение хронического гипертрофического ринита.

52. Основным методом лечения внутричерепных риногенных осложнений является:

+ Хирургический.

Консервативный.

Физиотерапевтический.

- Лучевой.

Комбинированный (хирургический и лучевой).

53. Общая продолжительность острого ринита:

12-15 дней.

3-5 дней.

1-4 дня.

+ 7-10 дней.

10-12 дней.

54. Основной принцип хирургического лечения синуситов:

Вскрытие поражённой пазухи.

Катетеризация поражённой пазухи.

Вскрытие пазухи с удалением патологического содержимого.

Эндоназальное наложение широкого соустья с поражённой пазухой.

+ Вскрытие пазухи, удаление патологического содержимого и наложение соустья с полостью носа.

55. При остром атрофическом процессе затрагивает:

Слизистые оболочки полости носа.

+ Слизистый слой и костные ткани полости носа.

Костные ткани полости носа.

Слизистые оболочки полости носа, костные структуры полости носа с переходом процесса на костные структуры верхней челюсти, глазницы.

Костные структуры полости носа и основания черепа.

56. К хроническим ринитам относятся следующие риниты:

Банальный.

Инфекционный.

+ Катаральный и гипертрофический.

+ Атрофический.

+ Вазомоторно-аллергический.

57. Симптомы, характерные для абсцесса лобной доли:

+ Головная боль, эйфория.

+ Судороги, зрачковые нарушения.

+ Повышение температуры.

Тошнота, нарушение сознания.

+ Менингеальные знаки.

58. Хирургическое лечение показано при следующих формах гайморитов:

Катаральный.

+ Холестеатомный.

+ Смешанный.

Вазомоторно-аллергический.

+ Гнойный.

+ Полипозно-гнойный.

59. Риноскопическая картина при хроническом атрофическом рините:

Наличие корок, резкая атрофия носовых раковин.

+ Широкие носовые ходы.

Неприятный запах.

+ Истонченная слизистая.

60. Способы лечения хронического вазомоторного ринита:

+ Консервативное.

+ Хирургическое.

+ Полухирургическое.

-лучевое

61. Риноскопическая картина при нейровегетативной форме вазомоторного ринита:

+ Набухшие цианотичные раковины с пятнами Воячека, которые сокращаются после адренализации.

Бледные фарфоровые раковины, которые не сокращаются после адренализации.

Гиперемированные слизистые

гнойное отделяемое в носовых ходах

62. Место скопления секрета при гайморите:

+ Патологический экссудат в среднем носовом ходе.

Отделяемое в верхнем носовом ходе.

Отделяемое в носоглотке.

Отделяемое в общем носовом ходе

63. Риноскопические признаки при хроническом полипозном синусите с полипозом носа:

Бугристые изъязвленные образования на широком основании, кровоточат при дотрагивании.

+ Округлые, серые, гладкие,

+ с узким основанием образования

+ не кровоточат.

64. Предметы, необходимые для задней тампонады:

+ Катетер
+ тампон с тремя лигатурами
+ шпатель, носовое зеркало.
Носовое зеркало, пинцет, тампон.

64.Риноскопическая картина при хроническом гипертрофическом рините:
+ Бугристые носовые раковины синюшного или серо-красного цвета.
Гиперемия, отёк преимущественно в области нижних носовых раковин.
Набухшие синюшные или бледные слизистые, хорошо сокращаются после адrenaпизации.
Широкие носовые ходы, сухая истончённая слизистая, наличие густого секрета и корок.

65.Факторы, способствующие развитию хронического катарального ринита:
Жаркий, сухой климат, профессиональные вредности (пыль), травмы.
Длительное охлаждение конечностей, головы, искривление носовой перегородки.
+ Частые острые риниты, инфекционные заболевания
+ аденоиды, синуситы.

66. Перечислите риногенные орбитальные осложнения:
1) периостит орбиты, абсцесс века, флегмона орбиты, неврит зрительного нерва, паноптальмит;
2) абсцесс века, этмоидит, флегмона орбиты;
3) периостит орбиты, этмоидит, флегмона орбиты;
4) этмоидит, флегмона орбиты;
5) этмоидит, периостит орбиты, реактивный отек век.

67.Наиболее тяжелое поражение зрительного анализатора при риногенных осложнениях:
1) субпериостальный абсцесс,
2) абсцесс века;
3) неврит зрительного нерва, паноптальмит;
4) периостит орбиты;
5) флегмона орбиты.

68.Какие встречаются внутри глазничные осложнения синуситов:
а Катаракта
б Периостит орбиты, субпериостальный абсцесс, флегмона орбиты и ретробульбарный абсцесс зрительного нерва
в Глаукома
г Опухоль
д Катаракта бульбарный абсцесс зрительного нерва

69.Наиболее частые жалобы при острых синуситах:
1) расстройство обоняния и слезотечение;
2) слезотечение и повышение внутричерепного давления;
3) слезотечение и повышение артериального давления;
4) затруднение носового дыхания и повышение артериального давления;
5) головная боль и затруднение носового дыхания.

70.Последовательность диагностических действий при подозрении на параназальный синусит:
1) передняя риноскопия, пункция, рентгенография, видеоэндоскопия;
2) передняя риноскопия, пункция, рентгенография;
3) передняя риноскопия, видеоэндоскопия, контрастная рентгенография;
4) передняя, средняя и задняя риноскопии, рентгенография, пункция, видеоэндоскопия;
5) видеоэндоскопия, средняя риноскопии, рентгенография.

71.Ведущий метод консервативного лечения гнойного гайморита:
1) зондирование пазухи,
2) разгрузочная и пункционная терапия;
3) антибиотикотерапия;
4) дренирование пазухи;
5) ирригационная терапия

Дополнить

72. *Вопрос:* При синуситах могут развиваться тяжелые осложнения _____

Ответ: внутричерепные и внутриглазные

73. *Вопрос:* Для улучшения носового дыхания при острых ринитах в нос закапывают _____

Ответ: сосудосуживающие капли

74. *Вопрос:* Зловонный насморк называется _____

Ответ: озена

75. *Вопрос:* Обоняние при озене исчезает за счет _____

Ответ: атрофии обонятельных рецепторов

76. *Вопрос:* Диагностической и одновременно лечебной манипуляцией при синуситах является _____

Ответ: пункция пазухи

77. *Вопрос:* При локализации остеомы на задней стенке лобной пазухи ведущей жалобой у больных является жалоба на _____

Ответ: головная боль

78. *Вопрос:* Разновидность аллергической ринопатии, наблюдающаяся в период цветения злаков, трав, деревьев, называется _____

Ответ: сенным насморком (поллиноз)

79. *Вопрос:* Основным методом лечения внутричерепных риногенных осложнений является _____

Ответ: оперативный метод

80. *Вопрос:* Общая продолжительность острого ринита _____

Ответ: до 10 дней

81. *Вопрос:* Основным принципом хирургического лечения синуситов заключается в удалении патологического содержимого из пазухи и наложении _____

Ответ: широкого соустья с полостью носа

82. *Вопрос:* При озене атрофический процесс затрагивает не только слизистую оболочку носа, но и _____

Ответ: костную ткань

83. *Вопрос:* При гипертрофическом хроническом рините слизистая оболочка в ответ на действие сосудосуживающих средств _____

Ответ: не сокращается.

Установить правильную последовательность

84. *Вопрос:* Проведение пункции верхнечелюстной пазухи:

Введение лекарственных средств в пазуху.

Введение носового зонда с накрученной ваткой в нижний носовой ход для проведения анестезии.

Введение иглы Куликовского в пазуху через нижний носовой ход.

Промывание пазухи антисептическим раствором.

Выведение иглы.

Ответ: 2,3,4,1,5

85. *Вопрос:* Этапы операции на верхнечелюстной пазухе по Калдвеллу-Люку:

Разрез слизистой оболочки преддверия полости рта по переходной складке.

Трепанация и вскрытие верхнечелюстной пазухи через переднюю стенку.

Наложение соустья с полостью носа.

Отсепаровка мягких тканей и обнажение ямки клыка на передней стенке пазухи.

Удаление патологического содержимого из пазухи.

Ушивание кетгутом раны под губой.

Ответ: 1,4,2,5,3,6

86. *Вопрос:* Этапы полипотомии носа:

Введение полипной петли в ту или иную половину носа.

Тракция петли на себя.
Местное обезболивание.
Затягивание петли.
Тампонада носа.
Ответ: 3,1,4,2,5

87. *Вопрос:* Последовательность действий при гематоме носовой перегородки:
Затампонировать нос.
Отсосать кровь из гематомы.
Ввести (промыть полость) раствором антибиотиков.
Ответ: 2,3,1

88. *Вопрос:* Последовательность стадий острого ринита:
Нагноение
Влажная
Сухая
Ответ: 3,2,1

Раздел 3. Заболевания глотки, пищевода и шеи.

Контрольные вопросы

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Дефекты неба, лечение
2. Дефекты языка, последствия, лечение.
3. Рубцовые деформации глотки, причины, последствия. Инородные тела глотки.
4. Гипертрофия небных миндалин: классификация, клиника, лечебная тактика.
5. Гипертрофия глоточной миндалины, степени ее увеличения.
6. Аденоидит - симптомы, методы диагностики, лечение.
7. Аденоиды: методы определения наличия и величины глоточной миндалины, клиника, лечение.
8. Юношеская ангиофиброма носоглотки
9. Острый фарингит
10. Хронический фарингит
11. Ангина, причины возникновения, симптомы, течение болезни, лечение, осложнения.
12. Фолликулярная ангина: этиология, патогенез, симптомы, течение, осложнения, лечение.
13. Лакунарная ангина: этиология, патогенез, симптомы, диагностика, лечение, профилактика.
14. Ангины при инфекционных заболеваниях
15. Ангины при заболеваниях крови
16. Ангина Симановского-Венсана
17. Дифференциальная диагностика ангин
18. Хронический тонзиллит, причины, течение, влияние на речевую функцию, лечение.
19. Хронический тонзиллит, современные подходы к лечению и иммунной реабилитации.
20. Гипертрофия небных миндалин, носоглоточной миндалины, изменение голоса, причины, течение болезни, лечение.
21. Паратонзиллярный абсцесс. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь
22. Латерофаренгеальный абсцесс Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь
23. Заглоточный абсцесс. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь
24. Тонзиллогенный сепсис. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение.
25. Злокачественные опухоли ротоглотки: клиника, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.

Тестовые задания

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10)

1. Ангины среди других инфекционных заболеваний занимают следующее место:
+ Третье (после гриппа и острых катаров верхних дыхательных путей).
– Последнее.
– Первое.
2. Для агранулоцитарной ангины характерны следующие симптомы:
– Гиперемия и резкое увеличение небных миндалин.
+ Некрозы и глубокие язвы на небных миндалинах и других отделах глотки.
– Сливные налёты на небных миндалинах грязно-серого цвета.

3. Аденоиды это:
 - Гипертрофия трубного миндалика.
 - Воспаление глоточной миндалины.
 - + Гипертрофия глоточной миндалины.

4. Ведущими в возникновении фарингитов являются следующие факторы:
 - Злоупотребление алкоголем.
 - + Злоупотребление курением.
 - + Длительный разговор на холоде.
 - + Острая, чрезмерно холодная или горячая пища.
 - Нарушение голосового режима, застойные явления в глотке.
 - Декомпенсация сердечной деятельности.
 - + Нарушение носового дыхания.

5. Наиболее эффективными являются следующие меры общественной профилактики хронического тонзиллита и его осложнений:
 - + Правильная организация труда и отдыха.
 - Противозидемиологические мероприятия.
 - Организация рационального и полноценного питания.
 - + Развитие физкультуры и спорта, санитарно-просветительская работа и диспансеризация.

6. Различают следующие виды первичных банальных ангин, вызванных преимущественно стрепто- и стафилококками:
 - + Катаральная, фолликулярная, лакунарная, фибринозная, смешанная, флегманозная.
 - Катаральная, фолликулярная, лакунарная, ангина Симановского- Венсана, смешанная.
 - Катаральная, лакунарная, фолликулярная, фибринозная, смешанная.

7. Ангина нёбных миндалин среди ЛОР-патологии по частоте занимает следующее место:
 - Последнее.
 - Первое.
 - + Второе.
 - третье

8. Интоксикация следующими химическими веществами может привести к возникновению агранулоцитарной ангины:
 - Ртуть.
 - + Бензол
 - Свинец.
 - + ДДТ

9. Тонзиллотомия чаще проводится:
 - + В детском возрасте.
 - В среднем возрасте.
 - В пожилом возрасте.

10. Для диагностики лакунарной ангины наиболее достоверными являются следующие симптомы:
 - Гиперемия дужек и нёбных миндалин.
 - Увеличение размеров нёбных миндалин.
 - + Наличие белых или светло-жёлтых налетов, выступающих из глубины лакун.
 - отек мягкого неба

11. Первое место среди осложнений со стороны ЛОР органов, возникающих вследствие ангин, занимают:
 - Парафарингиты и парафарингиальный абсцесс.
 - + Паратонзиллит
 - + паратонзиллярный абсцесс.
 - Ларингиты и отиты.

12. Наиболее эффективными являются следующие меры индивидуальной профилактики заболеваний глотки:
 - Рациональное питание
 - разумное сочетание труда и отдыха.
 - + Закаливание организма и восстановление носового дыхания.
 - Борьба с вредными привычками.

13. Наиболее достоверными для хронического тонзиллита являются следующие местные признаки:

- + Наличие в лакунах патологического содержимого с запахом, рубцовые изменения миндалин и окружающих тканей.
- + Гиперемия, спаянность небных миндалин с небными дужками.
- Атрофия небных миндалин.
- Гипертрофия небных миндалин.

14. Тонзиллэктомия имеет следующие абсолютные противопоказания:

- + Заболевания крови.
- Холецистит, сахарный диабет,
- цирроз печени, язва желудка и 12- перстной кишки.
- Пожилой возраст, гипотония, неврастения, вегетососудистая дистония

15. Вторичная ангина возникает при следующих заболеваниях крови:

- Гемофилия.
- + Инфекционный мононуклеоз, агранулоцитоз, панмиелофтиз,
- + лейкозы.
- Тромбопения, анемия.

16. Для возникновения ангин и хронического тонзиллита наибольшее значение имеет следующий комплекс микробной флоры:

Менингококк, энтерококк, гриппозный вирус.

- + Стрептококк, стафилококк, пневмококк.
- Стрептококк, менингококк,
- вирус Коксаки.

17. Ведущими в возникновении ангин и хронического тонзиллита являются следующие внутренние факторы:

- + Анатомические особенности строения небных миндалин, аллергия и реактивность организма
- + Кариозные зубы и затруднение носового дыхания.
- Переутомление, отрицательные эмоции, гиповитаминозы.
- Заболевания сердца

18. Основным методом лечения аденоидов является:

- Медикаментозный.
 - Физиотерапевтический.
- + Хирургический.
- санаторно-курортный

19. Хронический тонзиллит часто приходится дифференцировать со следующими заболеваниями:

- С катаральной ангиной, вторичной ангиной.
- + С хроническим фарингитом
- + фарингомикозом, гипертрофией небных миндалин.
- С острым фарингитом.

20. Трахеотомию иногда приходится делать при следующих заболеваниях:

- + Гортанная ангина.
- Фолликулярная ангина.
- Лакунарная ангина.
- Вирусная ангина

21. Наиболее часто приходится дифференцировать лакунарную ангину и следующие заболевания:

- + Дифтерия.
- Ангина Симановского-Венсана.
- Агранулоцитарная ангина.
- Вирусная ангина

22. Для возникновения ангин решающее значение имеет:

- + Контакт с заболевшим ангиной.
- + Наличие хронического тонзиллита, снижение сопротивляемости организма.
- + Местное и общее переохлаждение.
- Сотрясение головного мозга.

23. Для диагностики фолликулярной ангины наиболее достоверными являются следующие симптомы:

- + Наличие желто-белых точек на поверхности небных миндалин.
- Увеличение размеров небных миндалин.

- Наличие грязных налётов на поверхности миндалин.
- Головная боль

24. Выделяют следующие формы хронических фарингитов:

- Гиперпластические и некротические.
- Серозные и гнойные.
- Катаральные
- + Катаральные, атрофические, гипертрофические.

25. В возникновении фарингитов ведущими являются следующие факторы:

- + Резкие колебания влажности и температуры воздуха
- + промышленная пыль, пары, сквозняки.
- Повышенное выпадение осадков и пониженная инсоляция воздуха.
- Низкая влажность воздуха и высокая инсоляция.

26. Наиболее часто приходится дифференцировать агранулоцитарную ангину и следующие заболевания:

- Сифилис, туберкулез глотки.
- Ангина Симановского-Венсана,
- лакунарная ангина, дифтерия.
- + Ангин, возникающие при инфекционном мононуклеозе, панмиелофтизе, лейкозах.

27. Для диагностики гортанной ангины наиболее достоверным является следующий метод исследования:

- + Ларингоскопия.
- Фарингоскопия.
- Анализ жалоб больного, характер температурной кривой и результаты исследования крови.
- Исследование дыхательной функции

28. При паратонзиллярном абсцессе гной локализуется:

- Внутри небного миндалика.
- В лакунах небного миндалика.
- + В околоминдаликовом пространстве
- за небными дужками

29. Воспаление глоточной и язычной миндалин чаще протекает по типу:

- Лакунарной ангины.
- + Катаральной или фолликулярной ангины.
- Язвенно-пленчатой ангины.
- гортанной ангины

30. Заглоточный абсцесс возникает:

- + В детском возрасте.
- В среднем возрасте.
- В пожилом возрасте.
- В любом возрасте

31. Наиболее часто приходится дифференцировать ангину Симановского-Венсана и следующие заболевания:

- Лакунарной ангины и дифтерия.
- Туберкулез глотки.
- + Ангина при заболеваниях крови,
- + злокачественные опухоли и сифилис миндалин.

32. Тугоухость при гипертрофии глоточной миндалины (аденоиды) обусловлена:

- + закрытием устьев слуховых труб.
- Интоксикацией рецепторных и ганглиозных образований слухового анализатора.
- Застойными явлениями в полости череп
- отсутствием носового дыхания.

33. Удушье часто развивается при следующей ангине:

- Лакунарной.
- Фолликулярной.
- + Гортанной.
- катаральной

34. Наиболее часто приходится дифференцировать дифтерию и следующие заболевания:

- + Лакунарная ангина.
- Некротические ангины, возникающие при заболеваниях крови.
- Паратонзиллярный абсцесс и паратонзиллит
- фузо-спирохетозная ангина

35. При ангинах увеличиваются и становятся болезненными следующие лимфоузлы.

- + Передне-верхние шейные.
- + Подчелюстные.
- Заглоточные
- задние шейные

36. Заглоточный абсцесс наиболее часто возникает после следующих заболеваний:

- Пневмония и менингит.
- + Корь, скарлатина, грипп
- + острые фарингиты, риниты, травмы задней стенки глотки.
- Пищевое отравление и острая интоксикация.

37. Вторичная ангина обязательно наблюдается при следующих инфекционных заболеваниях:

- Тифы, холера.
- + Корь, скарлатина
- + дифтерия.
- Цереброспинальный менингит, бруцеллез, малярия.

38. При тонзиллэктомии наиболее часто возникают следующие осложнения:

- Острая дыхательная недостаточность.
- + Кровотечение
- + обморочное состояние.
- Острый стеноз гортани рефлекторного происхождения.

39. Основное место в патогенезе кандидомикоза глотки занимает:

- + Лечение антибиотиками.
- Лечение сульфаниламидами.
- Полоскание горла антисептиками.
- Физиотерапия.
- Лучевое лечение.

40. Инкубационный период дифтерии составляет:

- 1-5 дней.
- + 4-10 дней.
- 10-20 дней
- 1-2 дня

41. Для паратонзиллярного абсцесса характерны следующие морфологические стадии течения процесса:

- + Отек.
- + Инфильтрация.
- + Абсцедирование.
- Инкапсулирование
- Медиастенит.

42. Наиболее частые осложнения после тонзиллэктомии:

- Гематома.
- Шейный лимфаденит.
- Парафарингит.
- Парез мягкого неба.
- Сепсис.
- + Кровотечение.

43. Назовите формы гипертрофического фарингита:

- + Боковой.
- Катаральный.
- + Гранулезный.
- Отечный.
- Компенсированный.

44. Наиболее частой локализацией заглоточного абсцесса является:

- Носоглотка.
- + Ротоглотка.
- Гортаноглотка.
- Трахея.
- Пищевод.

45. Укажите основные варианты ангин по характеру патоморфологических изменений в миндалинах:

- + Катаральная, фолликулярная, лакунарная.
- + Фибринозная, язвенная.
- Пневмококковая, вирусная
- Ангина Симановского-Венсана.
- + Некротическая, флегмонозная.

46. Основной метод лечения аденоидов:

- Консервативный.
- Полухирургический.
- + Хирургический.
- Смешанный.

47. Наиболее частые осложнения при вскрытии заглоточного абсцесса:

- Повреждение сосудов.
- Повреждение позвоночника.
- Повреждение мышц глотки.
- Повреждение трахеи и пищевода.
- + Аспирация гноя.

48. Вторичные ангины наблюдаются при следующих заболеваниях крови:

- + Агранулоцитоз.
- + Лейкоз.
- + Алиментарно-токсическая алейкемия.
- Гемофилия.
- Капилляротоксикоз.

49. Методы преимущественного лечения декомпенсированного хронического тонзиллита:

- Консервативное.
- Полухирургическое.
- Смешанное.
- + Хирургическое.

50. Осложнение, которое наиболее часто встречается при ангине:

- Парафарингит.
- Медиастинит.
- Септикопиемия.
- + Паратонзиллярный абсцесс.

51. Микробная флора, которая наиболее часто встречается при ангинах:

- Пневмококк.
- Вирус.
- Аденовирус.
- + Стафилококк.
- + Стрептококк (бета-гемолитический).

52. Ранние осложнения после аденотомии:

- Острый отит.
- Парез мягкого нёба.
- + Кровотечение.
- + Аспирация срезанной части глоточной миндалины.
- Острый синусит.

1

53. Назовите степени увеличения глоточной миндалины:

- + 1-я.
- + 2-я.
- + 3-я.
- 4-я.
- 5-я.

54. Для клинической классификации хронического тонзиллита (по Лукомскому) характерны формы:

- Латентная.
- + Компенсированная.
- + Субкомпенсированная.
- Активная.
- + Декомпенсированная.

55. При фарингомикозе поражается:

- + Слизистая оболочка глотки.
- Мышечная оболочка глотки.
- Фиброзная оболочка глотки.
- Миндалины.
- Заглоточное пространство.

56. Для хронического тонзиллита характерны следующие местные признаки:

- + Гиперемия краев нёбных дужек (признак Гизе).
- Гипертрофия нёбных миндалин.
- + Валикообразное утолщение краев передних и задних нёбных дужек (признак Преображенского).
- Асимметрия зева.

57. Для хронического тонзиллита характерны следующие местные признаки:

- + Рубцовое сращение миндалин с дужками.
- + Гнойное отделяемое из лакун (при надавливании на наружный край нёбных миндалин).
- + Рыхлые или уплотнённые нёбные миндалины.
- Инфильтрация, гиперемия паратонзиллярной области.
- Болезненность при надавливании на нёбную миндалину.

58. Осложнения инородного тела пищевода:

- + Эзофагит.
- + Периезофагит.
- + Перфорация пищевода.
- Абсцесс.
- + Медиастинит.

59. Исследование мазков из зева на ВЛ проводятся при заболеваниях:

- + Острый ларингит.
- + Ангина.
- + Паратонзиллярный абсцесс.
- Папилломатоз.
- + Дифтерия.

60. При аденоидах может возникнуть следующий тип гнусавости:

- Открытый.
- Полузакрытый.
- + Закрытый.
- Полуоткрытый.
- Смешанный.

61. Лечение заглоточного абсцесса:

- Консервативное.
- Полухирургическое.
- Смешанное.
- + Хирургическое.

62. Чаще всего следует дифференцировать аденоиды и:

- + Юношескую ангиофибромю основания черепа.
- Хоанальный полип.
- Ограниченный гипертрофический ринит.
- Инородное тело.
- Остеофит шейных позвонков.

63. Для лакунарной ангины характерно:

- Постепенное начало, с невысокой температурой, наличие острых воспалительных явлений в носу, гортани, трахее, отсутствуют или слабо выражены боли в суставах, увеличение лимфоузлов.
- Отёк подкожной клетчатки. При фарингоскопии - разлитая гиперемия слизистой задней стенки глотки.

+ Внезапное начало заболевания, боль при глотании увеличение и болезненность регионарных лимфоузлов. При фарингоскопии жёлто-белые налеты, легко снимаемые, не выходящие за пределы небных дужек.

64. При 1 -й степени гипертрофии глоточные миндалины:

- Прикрывают весь сошник.
- + Прикрывают верхнюю треть сошника.
- Прикрывают две трети сошника.

65. При 2-й степени гипертрофии глоточные миндалины:

- Прикрывают весь сошник.
- Прикрывают верхнюю треть сошника.
- + Прикрывают две трети сошника.

66. При 3-й степени гипертрофии глоточные миндалины:

- + Прикрывают весь сошник.
- Прикрывают верхнюю треть сошника.
- Прикрывают две трети сошника.

67. Объективные данные при коревой краснухе:

- На задней стенке глотки, иногда на небных миндалинах появляются пузырьки с прозрачным содержимым, пузырьки лопаются, образуют эрозии.
- Резко ограниченная, огненно-красная гиперемия слизистой оболочки небных дужек, мягкого нёба и задней стенки глотки.
- + На фоне катаральных явлений верхних дыхательных путей и конъюнктивита одновременно с кожным высыпанием возникает энантема на мягком нёбе, языке, реже твердом нёбе.
- На слизистой оболочке мягкого нёба и щёк появляется пятнистая бледно-розовая сыпь.

68. Объективные данные при скарлатинозной краснухе Филатова:

- На задней стенке глотки, иногда на небных миндалинах появляются пузырьки с прозрачным содержимым, пузырьки лопаются, образуют эрозии.
- Резко ограниченная, огненно-красная гиперемия слизистой оболочки небных дужек, мягкого нёба и задней стенки глотки.
- На фоне катаральных явлений верхних дыхательных путей и конъюнктивита одновременно с кожным высыпанием возникает энантема на мягком нёбе, языке, реже твердом нёбе.
- + На слизистой оболочке мягкого нёба и щёк появляется пятнистая бледно-розовая сыпь.

69. Объективные данные при натуральной и ветряной оспе:

- + На задней стенке глотки, иногда на небных миндалинах появляются пузырьки с прозрачным содержимым, пузырьки лопаются, образуют эрозии.
- Резко ограниченная, огненно-красная гиперемия слизистой оболочки небных дужек, мягкого нёба и задней стенки глотки.
- На фоне катаральных явлений верхних дыхательных путей и конъюнктивита одновременно с кожным высыпанием возникает энантема на мягком нёбе, языке, реже твердом нёбе.
- На слизистой оболочке мягкого нёба и щёк появляется пятнистая бледно-розовая сыпь.

70. Объективные данные при рожистом воспалении глотки:

- На задней стенке глотки, иногда на небных миндалинах появляются пузырьки с прозрачным содержимым, пузырьки лопаются, образуют эрозии.
- + Резко ограниченная, огненно-красная гиперемия слизистой оболочки небных дужек, мягкого нёба и задней стенки глотки.
- На фоне катаральных явлений верхних дыхательных путей и конъюнктивита одновременно с кожным высыпанием возникает энантема на мягком нёбе, языке, реже твердом нёбе.
- На слизистой оболочке мягкого нёба и щёк появляется пятнистая бледно-розовая сыпь.

71. Изменения в глотке при дифтерии:

- Изменения в глотке по типу катаральной, фолликулярной или некротической ангины.
- Преимущественно одностороннее поражение, реже - катаральная, чаще - фибринозная, иногда - язвенно-некротическая ангина.
- + Обширные налёты на небных миндалинах с распространением на окружающие ткани.

72. Изменения в глотке при скарлатине:

- + Изменения в глотке по типу катаральной, фолликулярной или некротической ангины.

— Преимущественно одностороннее поражение, реже - катаральная, чаще - фибринозная, иногда - язвенно-некротическая ангина.

— Обширные налёты на нёбных миндалинах с распространением на окружающие ткани.

73.Изменения в глотке при туляремии:

— Изменения в глотке по типу катаральной, фолликулярной или некротической ангины. .

+ Преимущественно одностороннее поражение, реже - катаральная, чаще - фибринозная, иногда - язвенно-некротическая ангина.

— Обширные налёты на нёбных миндалинах с распространением на окружающие ткани.

74.Признаки лакунарной ангины:

+ Налёты располагаются в пределах нёбных миндалин.

— Налёты выходят за пределы нёбных миндалин.

+ Цвет налётов желтовато-белый.

— Цвет налётов белый, серо-белый, грязно-серый.

+ Налёты поверхностные, легко снимаются.

— Налёты глубокие, снимаются с трудом, поверхность под налётами кровоточит.

75.Признаки специфической ангины при дифтерии:

— Налёты располагаются в пределах нёбных миндалин.

+ Налёты выходят за пределы нёбных миндалин.

— Цвет налётов жёлтый.

+ Цвет налётов белый, серо-белый, грязно-серый.

— Налёты поверхностные, легко снимаются.

+ Налёты глубокие, снимаются с трудом, поверхность под налётами кровоточит.

Дополнить.

76. Вопрос: Основное место в патогенезе кандидомикоза глотки занимает _____

Ответ: лечение большими дозами антибиотиков

77. Вопрос: Инкубационный период дифтерии составляет _____

Ответ: 2-10 дней

78. Вопрос: Для паратонзиллярного абсцесса характерны следующие морфологические стадии течения процесса: отек, инфильтрация, _____

Ответ: абсцедирование

79. Вопрос: Осложнения после тонзиллэктомии: гематома, шейный лимфаденит, парафарингит, парез мягкого неба, сепсис, _____

Ответ: кровотечение

80. Вопрос: По локализации паратонзиллярные абсцессы подразделяются на: передний, боковой, задний, _____

Ответ: передне-верхний

81. Вопрос: Наиболее частой локализацией заглочного абсцесса является _____

Ответ: ротоглотка (задняя стенка глотки)

82. Вопрос: Лечебные мероприятия при острых фарингитах: смазывание слизистой глотки вяжущим раствором, щелочно-масляные ингаляции, диета, УФО, сульфаниламидные препараты, _____

Ответ: полоскания

83. Вопрос: Основной метод лечения аденоидов _____

Ответ: хирургический

Вопрос: Осложнения при вскрытии заглочного абсцесса: _____ ,

повреждение сосудов и позвоночника.

Ответ: аспирация гноя

84. Вопрос: Нарушения при гипертрофии небных миндалин: затруднение дыхания, затруднение глотания и сосания у грудных детей, _____

Ответ: гнусавость

85. Вопрос: Методы лечения хронического тонзиллита: консервативное, полухирургическое, _____

Ответ: хирургическое

86. Вопрос: Осложнения паратонзиллярного абсцесса: парафарингит, медиастенит, септикопиемия, _____
Ответ: флегмона шеи (парафарингиальный абсцесс)

87. Вопрос: Пути заражения ангиной: воздушно-капельный, алиментарный, _____
Ответ: аутоинфекция

88. Вопрос: Микробная флора при ангинах: пневмококк, вирус, аденовирус, стафилококк, _____
Ответ: стрептококк

89. Вопрос: Осложнения после аденотомии: аспирация срезанного аденоида, острый отит, острый синусит, парез мягкого неба, _____
Ответ: кровотечение

90. Вопрос: Основные полухирургические виды лечения пациента при хроническом тонзиллите диатермокоагуляция, гальванокаустика, рассечение лакун, _____
Ответ: криовоздействие

91. Вопрос: Для клинической классификации хронического тонзиллита (по Лукомскому) характерны: компенсированная форма, субкомпенсированная, _____
Ответ: декомпенсированная форма

92. Вопрос: Фолликулярная ангина сопровождается следующими симптомами: боли в горле при глотании, повышение температуры тела, увеличение регионарных лимфатических узлов, _____
Ответ: налеты на небных миндалинах

93. Вопрос: Для хронического тонзиллита клинически характерно: гиперемия краев небных дужек (признак Гизе), валикообразное утолщение краев передних и задних небных дужек (признак Преображенского), отечность верхних отделов передних и задних небных дужек (признак Зака), гнойное отделяемое из лакун (при надавливании на наружный край небных миндалин), увеличение регионарных лимфоузлов, _____
Ответ: сращение небных дужек с миндалинами,

94. Вопрос: Жалобы больного, страдающего атрофическим фарингитом: сухость в глотке, запах изо рта, _____
Ответ: Ощущение першения

95. Вопрос: Лечебные мероприятия при атрофическом фарингите включают следующее: смазывание слизистой глотки раствором Люголя, полоскание раствором иодиола, масляные капли в нос, _____
Ответ: масляные ингаляции

96. Вопрос: При аденоидах наблюдается гнусавость _____
Ответ: закрытого типа

97. Вопрос: Лечение заглоточного абсцесса _____
Ответ: хирургическое

98. Вопрос: Аденоиды следует дифференцировать с: юношеской ангиофибромой основания черепа, доброкачественной опухолью, злокачественной опухолью, остеомой шейных позвонков, _____
Ответ: хоанальным полипом

99. Вопрос: Дифтерию наиболее часто приходится дифференцировать с _____
Ответ: лакунарной ангиной

100. Вопрос: чаще всего заражение ангиной происходит _____
Ответ: Воздушно-капельным путем.

Ситуационные задачи с эталонами ответов

(проверяемые индикаторы – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

Ситуационная задача № 1

Больная 38 лет, рентгенотехник по профессии, жалуется на сильную боль в горле, препятствующую глотанию, повышение температуры тела, боли в конечностях, общее недомогание. Заболевание началось остро, два дня назад после переохлаждения. Объективно: общее состояние больной средней тяжести, кожные покровы сухие, серовато-желтоватого оттенка, температура тела 39,0С, пульс 88 уд. в мин. Фарингоскопия: слизистая оболочка умеренно

гиперемирована, миндалины покрыты грязно-серыми налетами. С диагнозом лакунарная ангина назначена антибиотикотерапия и дан больничный лист на 6 дней.

Задания:

1. Выделите синдром, скомпоновав их из имеющихся симптомов.
2. При каких заболеваниях оно может развиваться (привести классификацию).
3. Какие обследования нужно провести для разграничения этих заболеваний?
4. Согласны ли Вы с действиями оториноларинголога поликлиники?

Эталон ответа:

1. Ангинозный синдром.
2. Острый вторичный тонзиллит (заболевание крови, инфекционные заболевания).
3. Клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой, мазки из зева на VL, флору.
4. Необходимо направить больного на стационарное лечение в инфекционную больницу.

Ситуационная задача № 2

Больной 17 лет жалуется на боль в горле при глотании, общую слабость, повышение температуры тела до 38,5-39 °С. Болен 3 дня. Начало заболевания связывает с простудой.

Объективно. Фарингоскопия: нёбные миндалины гиперемированы, инфильтрированы. Через слизистую оболочку миндалин просвечивают желтые точки, величиной с просыное зерно. Увеличены и болезненны зачелюстные и подчелюстные лимфоузлы. Другие ЛОР-органы без патологии.

Задания:

Поставьте диагноз.

Необходимы ли дополнительные исследования? Если да, то для какой цели и какие?

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 3

Больной 14 лет жалуется на боль в горле при глотании, недомогание, потливость, повышение температуры тела до 38,5-39 °С. Болен 4 дня. Свое заболевание связывает с простудой.

Объективно. Фарингоскопия: нёбные миндалины гиперемированы, увеличены в размерах за счет инфильтрации. Устья лакун покрыты гнойными налетами желтоватого цвета. Налеты за пределы миндалин не выходят, легко снимаются. Подчелюстные и зачелюстные лимфоузлы болезненны при пальпации.

Другие ЛОР-органы без патологических изменений.

Задания:

Поставьте диагноз.

Необходимы ли дополнительные исследования? Если да, то какие и для какой цели?

С каким заболеванием следует проводить дифференциальный диагноз?

Ситуационная задача № 4

Больная 19 лет доставлена в ЛОР-клинику бригадой скорой помощи. Жалуется на постоянную боль в горле, больше выраженную справа и резко усиливающуюся при глотании. Не может глотать из-за резкой болезненности.

Боль в правом ухе. Голова наклонена в больную сторону. Обильное слюнотечение. Неприятный запах изо рта. Рот полностью открыть не может. Температура тела — 40,5 °С. Больна 5 дней. Начало заболевания связывает с местным переохлаждением (съела две порции мороженого). В анамнезе повторяющиеся ангины.

Объективно: мягкое нёбо гиперемировано, резко отечно, больше справа. Участок мягкого нёба в области передней дужки над правой миндалиной резко выпячивается. Миндалины гиперемированы, увеличены в размерах и доходят до язычка, смещая его влево. Левая нёбная миндалина гиперемирована, не увеличена. Другие ЛОР-органы без патологических изменений.

Задания:

1. Какой диагноз?

Необходимы ли дополнительные методы исследования? Если да, то какие и для какой цели?

Составьте план лечения больного.

Ситуационная задача № 5

В приемное отделение детской больницы бригадой скорой помощи доставлен ребенок 7 месяцев с признаками затрудненного дыхания и высокой температурой тела.

Со слов матери, болен неделю. В начале заболевания появился насморк, кашель. Повысилась температура тела до 38 °С. В течение последних 4 дней температура тела — 38-39 °С, не может сосать грудь матери. Дыхание стало затрудненным и шумным.

Объективно: при осмотре ЛОР-органов в глотке на ее задней стенке обнаружена ярко-красного цвета флюктуирующая припухлость, нависающая над входом в гортань. Другие ЛОР-органы без патологических изменений.

Анализ крови: лейкоциты — $14,0 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы — 3 %, палочкоядерные — 10 %, сегментоядерные — 50 %, лимфоциты — 30 %, моноциты — 7 %, СОЭ — 55 мм/ч.

Задания:

Поставьте диагноз.

Какое необходимо провести лечение?

Ситуационная задача № 6

Ребенок 9 лет жалуется на боль в горле, общую слабость. Болен в течение недели. Причину заболевания мать назвать не может. Началось заболевание с недомогания, снижения аппетита.

Объективно: общее состояние оценивается как средней тяжести. Температура тела — 39,9 °С. Все доступные пальпации лимфоузлы болезненны, увеличены. Разлитая гиперемия слизистой оболочки глотки. Нёбные миндалины увеличены, разрыхлены, налетов нет.

Анализ крови: гемоглобин — 115 г/л, эритроциты — $4,7 \times 10^{12}$ /л, лейкоциты — $17,3 \times 10^9$ /л, эозинофилы — 2 %, моноциты — 69 %, сегментоядерные — 18 %, лейкоциты — 11 %, тромбоциты — 65×10^9 /л, СОЭ — 20 мм/ч.

Анализ мочи: патологии нет.

Задания:

Какой диагноз?

Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 7

Больной 48 лет жалуется на сильную боль в горле при глотании. Болен несколько месяцев. Лечился самостоятельно полосканием глотки антисептическими средствами. Улучшения не почувствовал. Обратился к ЛОР-врачу.

Объективно: на боковых валиках глотки и на нёбных миндалинах определяются мелкие бледно-розового цвета инфильтраты с поверхностным изъязвлением. Увеличены зачелюстные и подчелюстные лимфатические узлы. Из анамнеза известно, что больной находится на диспансерном учете по поводу туберкулеза легких.

Задания:

Какой предварительный диагноз?

Какие методы диагностики следует применить для уточнения диагноза?

Ситуационная задача № 8

Больная 25 лет предъявляет жалобы на часто повторяющиеся ангины в течение последних 5 лет — по 3-4 раза в год.

Объективно: нёбные миндалины — в пределах дужек, спаяны с последними рубцами. Валикообразно утолщены передние нёбные дужки в области их краев. В лакунах — жидкое гнойное содержимое. Подчелюстные лимфоузлы увеличены. Со стороны других ЛОР-органов патологии нет.

Задания:

Поставьте диагноз.

Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 9

Больная 22 лет обратилась в ЛОР-кабинет поликлиники с жалобами на повторяющиеся ангины (1-2 раза в год). После одной из ангин пациентка заболела ревматизмом.

Объективно: нёбные миндалины несколько выступают за пределы дужек, спаяны рубцами с последними. При надавливании из лакун выделяется казеозно-гнойное содержимое с неприятным запахом. Передние нёбные дужки валикообразно утолщены. Подчелюстные лимфоузлы несколько увеличены.

Задания:

Поставьте диагноз.

Какая тактика лечения?

Ситуационная задача № 10

Больная 45 лет обратилась к оториноларингологу с жалобами на боли в горле при глотании, чувство першения в горле. Заболевание возникло после переохлаждения. Больна 3 дня. Общее состояние — удовлетворительное. Температура тела — 37,2 °С.

Объективно. Фарингоскопия: слизистая оболочка задней стенки глотки гиперемирована, утолщена, видны утолщенные лимфоидные гранулы. Нёбные миндалины и другие ЛОР-органы не изменены.

Задания:

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 11

Больная 50 лет обратилась к оториноларингологу с жалобами на ощущение инородного тела в горле, которое возникло 4 месяца назад, першение при глотании. На шее справа появилось безболезненное плотное образование.

Объективно: рот открывает свободно. Мягкое нёбо смещено влево. Правая нёбная миндалина увеличена в объеме, смещена к средней линии глотки, плотная, лакуны расширены. У верхнего полюса миндалины определяется эрозия. В зачелюстной области справа определяется плотный, безболезненный, подвижный лимфоузел размером 2,5 x 2,0 см. Температура тела в пределах нормы. При исследовании крови и мочи патологических изменений не выявлено.

Задания:

О каком заболевании можно думать?

Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

Методика лечения.

Ситуационная задача № 12

В ЛОР-кабинет поликлиники обратился больной 25 лет с жалобами на боль в горле, неприятный запах изо рта, повышение температуры тела. Болен 3 дня. Причины заболевания указать не может.

Объективно: общее состояние — удовлетворительное. В зачелюстной области справа прощупывается подвижный, слегка болезненный лимфоузел, размером 1,5 x 1,5 см.

Фарингоскопия: рот открывает широко, свободно. Правая миндалина несколько увеличена, гиперемирована. В области ее верхнего полюса — язва, размером 1,0 x 1,0 см, покрытая налетом серого цвета. Другие ЛОР-органы не изменены.

Анализы крови и мочи без патологии.

Задания:

Поставьте диагноз.

С каким заболеванием следует провести дифференциальную диагностику?

Какие дополнительные методы исследования следует провести для уточнения диагноза?

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 13

Больной Щ., 19 лет жалуется на сильные головные боли, боли при глотании, иррадиирующие в оба уха, боли в суставах конечностей и пояснице, общую слабость, недомогание, повышение температуры тела до 39°C. Заболел накануне. При осмотре: Состояние удовлетворительное, температура тела 39.2°C, регионарные шейные лимфатические узлы увеличены, при пальпации умеренно болезненные. При фарингоскопии: рот открывает свободно, язык обложен сероватым налетом, небные миндалины увеличены в объеме, гиперемированы, на слизистой оболочке миндалин видны желтовато-белые точки. При передней риноскопии: слизистая полости носа розовая, влажная, не отечна. Отделяемое скудное слизистое. Носовая перегородка девирует вправо. Отоскопия: AD=AS – заушная область не изменена, безболезненная при пальпации. Наружный слуховой проход широкий, отделяемого нет, барабанная перепонка серого цвета, втянута, контуры четкие. Слух AS – ШП - 6 м. PP > 6 м. Клинический анализ крови: Эритроциты – $5.2 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин – 125 г/л; Тромбоциты – $180 \times 10^9/л$; Лейкоциты общее количество – $14.0 \times 10^9/л$; СОЭ- 32 мм/ч.

Вопросы:

1. Поставьте диагноз.

2. Проведите дифференциальный диагноз. Какие дополнительные методы исследования Вам необходимы?

3. Строение небных миндалин.

4. Лечение данного заболевания.

5. Какие осложнения со стороны внутренних органов возможны при повторении подобных состояний?

Ситуационная задача № 14

У больной 42 лет жалобы на першение в глотке, отхаркивание вязкой мокроты. Считает себя больной в течение 7 месяцев; в течение 5–ти лет страдает сахарным диабетом. Объективно: местные признаки хронического тонзиллита; слизистая оболочка задней стенки глотки гиперемирована, утолщена, покрыта густой слизью; определяются единичные гранулы лимфаденоидной ткани.

Задание:

Поставьте диагноз и назначьте лечение.

Ситуационная задача № 15

Больная 63 лет, жалуется на сухость и першение в глотке, периодическую болезненность при проглатывании твердой пищи, неприятный запах изо рта. Считает себя больной в течение 7 лет, страдает хроническим ахилеским гастритом и холециститом. Объективно: слизистая оболочка глотки бледная, истончена, сухая, на ее поверхности – небольшое количество вязкой слизи, корки.

Задание: Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача № 16

У больного 21 года жалобы на боль в горле, усиливающиеся при глотании, повышение температуры тела, общее недомогание, слабость. Объективно: кожный покров влажный, бледный, температура тела 38,6°C. Определяется гиперемия слизистой оболочки миндалин, на поверхности которых видны желто-белые налеты, не выходящие за пределы миндалин и легко снимающиеся шпателем. Подчелюстные и шейные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации.

Задание: Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача № 17

У больной 36 лет накануне появились жалобы на боль в горле, усиливающиеся при глотании, повышение температуры до 38,8°C, общее недомогание. Объективно: фарингоскопия затруднена – тризм, болезненно реагирует на отдаливание языка шпателем. Слизистая оболочка глотки гиперемирована, с отечно-инфильтративными изменениями. При гипофарингоскопии определяется гиперемия, инфильтрация ткани язычной миндалины, на поверхности которой видны налеты в виде белых островков. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации.

Задание: Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача № 18

У больной 38 лет жалобы на боль в горле, усиливающуюся при глотании, больше справа, боль в правом ухе, затруднение при глотании и при открывании рта, общее недомогание. Считает себя больной в течение 2-х дней после перенесенной ангины. Объективно: температура 38,5⁰ С. Голос имеет гнусавый оттенок (ринолалия), открывание рта затруднено. В глотке определяется гиперемия слизистой оболочки, инфильтрация околоминдаликовой области справа, асимметрия зева за счет смещения правой миндалины медиально. Язычок резко отечен и смещен несколько влево. Подчелюстные лимфоузлы справа уплотнены, увеличены и болезненны.

Задание: Поставьте диагноз. Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 19

Больной 16 лет доставлен на носилках с жалобами на резкую слабость, недомогание, головную боль, боль в горле. Болен второй день, около недели назад был в контакте с больным ребенком, который спустя 2 дня был госпитализирован в инфекционное отделение. Объективно: состояние больного средней тяжести, ослаблен, температура 38,6⁰С, пульс 82 в мин. Слизистая оболочка миндалин гиперемирована, покрыта грязно-серыми налетами, которые распространяются на дужки, снимаются с трудом, подлежащая ткань кровоточит.

Задание:

Поставьте диагноз.

Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Ситуационная задача № 20

Больной 35 лет почти ежегодно отмечает ангины с высокой температурой, с длительным последующим субфебрилитетом. Находится на диспансерном учете по поводу ревматоидного артрита, обострения которого совпадают с ангинами. Объективно: передние небные дужки инфильтрированы, слегка отечны в верхних отделах, спаяны с миндалинами. Миндалины рубцово изменены, лакуны их зияют, при надавливании из лакун выделяется гнойно-казеозное содержимое. Подчелюстные лимфоузлы чувствительны при пальпации, увеличены.

Задание: Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача № 21

Пациент 49 лет в течение восьми дней жалуется на ощущение неловкости и небольшую боль при глотании, иррадиирующую в левое ухо. Температура 37,3⁰С.

Объективно: состояние удовлетворительное, на левой миндалине у ее верхнего полюса с переходом на переднюю небную дужку имеется язва 1 x 1см с гиперемированными плотными краями, покрытая налетом грязно-белого цвета, рыхлым, снимающимся. Пальпируется зачелюстной лимфатический узел слева 2 x 2 см, плотный, безболезненный, не спаянный с кожей.

Задание:

Какие дополнительные данные вам необходимы для уточнения диагноза?

Каков предположительный диагноз?

Ситуационная задача № 22

У больной 21 года, жалобы на сильную боль в горле, t 38⁰С, слабость, вялость. Больна 2-ой день, после переохлаждения.

Общее состояние средней тяжести, t 38,1⁰С, кожные покровы бледные, пальпируются увеличенные регионарные лимфатические узлы глотки. Фарингоскопически определяется гиперемия и инфильтрация мягкого неба, небных дужек, отечны и гиперемированны небные миндалины, на поверхности которых многочисленные круглые, слегка возвышающиеся желтые точки.

Задание: Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Фолликулярная ангина.

- а) постельный режим дома или в инфекционном отделении;
- б) мазок на флору из глотки, включая ВЛ;
- в) антимикробная терапия системная и местная;
- г) детоксикационная и общеукрепляющая терапия.

Ситуационная задача № 23

У больной 36 лет, жалобы на сильную боль в горле при глотании, озноб, t 39⁰С, слабость, боли в суставах, гнилостный запах изо рта.

Горло болит 3-ий день, до этого неделю назад перенес ОРВИ, принимала левомецетин.

Объективно: общее состояние тяжелое, t 39,6⁰С, кожные покровы сероватые, склеры иктеричны, пальпируются увеличенные регионарные лимфатические узлы глотки.

Фарингоскопически определяется гиперемия и инфильтрация мягкого неба и небных дужек, увеличение и гиперемия небных миндалин, гнойнофибринозный налет на поверхности миндалин.

В общем анализе крови выявлен сдвиг лейкоцитарной формулы влево.

Задание: Ваш диагноз и обследование? Назначьте лечение

Ответ: Лакунарная ангина.

- а) мазок на ВЛ и флору из глотки;

- б) постельный режим дома или в инфекционном отделении;
- в) антимикробная терапия системная и местная;
- г) детоксикационная и общеукрепляющая терапия

Ситуационная задача № 25

У больного 16 лет, жалобы на сильную боль в горле, иррадирующая в уши, озноб, $t 39^{\circ}\text{C}$, слабость, боли в суставах, головную боль. Горло болит 3-ий день.

Объективно: общее состояние средней тяжести, $t 38,6^{\circ}\text{C}$, кожные покровы бледные, пальпируются увеличенные регионарные лимфатические узлы. Открывание рта свободное. Фарингоскопически - мягкое небо симметрично, гиперемия и инфильтрация мягкого неба и дужек, увеличенные и гиперемизированные небные миндалины, покрыты грязно белым налетом. Кроме того, островки серого налета на слизистой оболочке носо- и гортаноглотки

Задание: Ваш диагноз? С каким заболеванием необходимо провести дифференциальный диагноз?

Ответ: Дифтерия. Дифференцировать с острым грибковым поражением глотки и болезнью Филатова.

Ситуационная задача № 26

У больной 15 лет жалобы на сильную боль в горле, озноб, $t 39^{\circ}\text{C}$, слабость, боли в суставах. Горло болит 4 дня, до этого в течение недели беспокоит слабость, вялость недомогание субфебрильная температура.

Объективно: общее состояние тяжелое, $t 39,6^{\circ}\text{C}$, кожные покровы сероватые, склеры иктеричны, пальпируются увеличенные шейные, подмышечные, паховые лимфатические узлы; печень и селезенка увеличены. Фарингоскопически определяется гиперемия и инфильтрация мягкого неба и небных дужек, увеличенные и гиперемизированные небные миндалины, покрыты фибринозным налетом.

В общем анализе крови выявлены в большом количестве атипичные мононуклеары.

Задание: Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Моноцитарная ангина (болезнь Филатова). Госпитализация в инфекционное отделение. Местно: полоскания антисептиками; системная противовирусная, детоксикационная и общеукрепляющая терапия.

Ситуационная задача № 27

У больного 26 лет, жалобы на сильную боль в горле, больше справа, иррадирующая в правое ухо, $t 38,2^{\circ}\text{C}$, слабость. Горло болит 5-ий день, лечился полосканием горла фурацилином.

Объективно: голос гнусавый, кожные покровы бледные, $t 38,6^{\circ}\text{C}$, пальпируются увеличенные подчелюстные, ретромандибулярные лимфатические узлы, резко болезненные справа. Фарингоскопически: рот открывается шириной на один палец, асимметрия гиперемизированного мягкого неба, за счет инфильтрации и отека правой передней небной дужек, небные миндалины увеличенные и гиперемизированные, в лакунах миндалин гнойное скопление, правая миндалина смещена к центру, отек язычка.

Задание: Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Лакунарная ангина, паратонзиллит справа, регионарный лимфаденит, тризм III ст. Госпитализация в инфекционное отделение; вскрытие паратонзиллярного пространства. Антимикробная, детоксикационная, иммуномодулирующая терапия. Тонзиллэктомия в холодном периоде.

Ситуационная задача № 28

У больной 21 года жалобы на затруднение дыхания, сильную боль в горле, больше слева, иррадирующая в левое ухо, $t 38,2^{\circ}\text{C}$, слабость, припухлость угла нижней челюсти слева. Больна 6-ой день, после ангины, сутки назад в поликлинике по месту жительства произведено вскрытие паратонзиллярного абсцесса слева. В анамнезе ангины 2 - 3 раза в год.

Объективно: голос гнусавый, кожные покровы бледные, $t 38,2^{\circ}\text{C}$, пальпируются увеличенные подчелюстные, ретромандибулярные лимфатические узлы, резко болезненные слева, у угла нижней челюсти слева болезненная при пальпации припухлость. Фарингоскопия: рот открывается шириной на два пальца, асимметрия гиперемизированного мягкого неба, за счет инфильтрации и отека левой задней небной дужек, левая небная миндалина пастозна, отек язычка, на передней небной дужке разрез, длиной 1 см. При непрямой ларингоскопии отмечается припухлость и гиперемия левой половины глотки.

Задание: Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Левосторонний паратонзиллярный абсцесс, парафарингит, хронический тонзиллит ТАФ II. Госпитализация в ЛОР-отделение по витальным показаниям. Левосторонняя абсцестонзиллэктомия, правосторонняя тонзиллэктомия. Вскрытие парафарингеального пространства трансфарингеально, при недостаточности дренажа – наружно. Антимикробная, детоксикационная, иммуномодулирующая терапия.

Ситуационная задача № 29

У больной 20 лет жалобы на частые ангины, периодические боли в суставах, повышенную утомляемость.

Из анамнеза известно, что в течение 3х лет каждые полгода болеет ангинами, год назад перенесла паратонзиллит.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, нижние веки цианотичны, пальпируются увеличенные регионарные лимфатические узлы, температура тела нормальная. Фарингоскопически определяется смыкающиеся по средней линии небные миндалины, в лакунах гнойные пробки.

Задание: Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Хронический тонзиллит ТАФ II ст., регионарный лимфаденит. Показана двусторонняя тонзиллэктомия; иммуномодулирующая и общеукрепляющая терапия.

Ситуационная задача № 30

У больного 18 лет жалобы на частые ангины (2-3 раза в год). Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, регионарные лимфатические узлы не пальпируются. Фарингоскопически - небные миндалины за дужками, спаяны с ними, гиперемия краев небных дужек, валикообразное утолщение и отечность краев передних и задних небных. При надавливании шпателем на небные миндалины из лакун выделяется жидкий гной.

Задание: Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Хронический тонзиллит ТАФ II ст., регионарный лимфаденит. Рекомендована двусторонняя тонзиллэктомия; иммуномодулирующая и общеукрепляющая терапия.

Ситуационная задача № 31

У больного 48 лет жалобы на сухость и першение в горле.

Из анамнеза известно, что в течение года трижды перенес ангины.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, кожные покровы обычной окраски, пальпируются безболезненные регионарные лимфатические узлы.

Фарингоскопически - небные миндалины скрыты за небными дужками, рубцово изменены, спаяны с дужками, гиперемия краев небных дужек, валикообразное утолщение и отечность краев передних и задних небных. Задняя стенка глотки бледно-розовая, сухая с лаковым блеском.

Задание: Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Хронический тонзиллит ТАФ II, регионарный лимфаденит, атрофический фарингит. Показана двусторонняя тонзиллэктомия; иммуномодулирующая и общеукрепляющая терапия; регенерирующая терапия (вит. Е, А, С).

Ситуационная задача № 32

У больной 63 лет жалобы на сухость и чувство першения в глотке, иногда жжение и боль при проглатывании твердой пищи, запах изо рта. Болеет более 5 лет; в анамнезе - страдает хроническим атрофическим гастритом и холециститом. При мезофарингоскопии - слизистая оболочка глотки бледная, истончена, сухая, инъецирована сосудами, покрыта вязкой слизью.

Задание: Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Атрофический фарингит на фоне заболевания ЖКТ.

- а) лечение у гастроэнтеролога;
- б) полоскание глотки (полоскание составом Преображенского, изотоническим раствором с добавлением 4-5 капель 10% йода на стакан р-ра)
- в) смазывание слизистой оболочки глотки 0,5-1% раствором йодглицерина;
- г) внутрь йодистые препараты, витамины А, Е, С, биостимуляторы (алоэ, апилак и др.);
- д) новокаиновая блокада (можно с добавлением алоэ) в боковую стенку глотки;
- е) оросептики - гексализ, гарипронт, фарингосепт, стрепсисилс и др.;
- ж) ароматерапия – Кармолис, Лимон, Мята, Эвкалипт и др.

Ситуационная задача № 33

У больной 42 лет жалобы на чувство першения и сухость в глотке, отхаркивание вязкой мокроты, неприятный запах изо рта. Данные жалобы беспокоят в течение 6-8 месяцев; в анамнезе - страдает сахарным диабетом в течение последних 2-х лет. При мезофарингоскопии определяются местные признаки хронического тонзиллита; слизистая оболочка задней стенки глотки гиперемирована, утолщена, инъецирована сосудами, покрыта густой слизью; видны единичные гранулы лимфоидной ткани. Аналогичный характер слизистой оболочки в носо- и гортаноглотке.

Задание: Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Хронический тонзиллит ТАФ I; обострение гипертрофического фарингита. Сахарный диабет. Необходимо:

- а) коррекция углеводного обмена под наблюдением эндокринолога;
- б) консервативное лечение хронического тонзиллита (промывание тонзиллярных лакун) при отсутствии эффекта - тонзиллэктомия;
- в) щадящая диета;
- г) полоскание или орошение растворами антисептиков (Тантум Верде, Гексаспрей, Бетадин), или отварами трав (ромашки, календулы, эвкалипта);
- д) смазывание гранул на задней стенке глотки вяжущими средствами (5% раствор таннина, 3-5% колларгол, протаргол), туширование 5-10-20% ляписом;
- е) общеукрепляющие средства - витамины, биостимуляторы».

Ситуационная задача № 34

У больной 17 лет жалобы на сильную боль в горле, усиливающуюся при глотании, на повышение температуры, общее недомогание, слабость, головную боль. Болеет 3 дня, начало заболевания связывает с переохлаждением.

Температура 38,3 °С, пульс - 88 в мин., ритмичен. При пальпации увеличены и болезненны ретромандибулярные и подчелюстные лимфоузлы. При мезофарингоскопии - яркая гиперемия и отечность слизистой оболочки миндалин, на поверхности которых имеются множественные белые точки величиной с просыпанное зерно.

Задание: Ваш диагноз, тактика? Назначьте лечение?

Ответ: Фолликулярная ангина. Показано:

- а) антибактериальная терапия (антибиотики - феноксиметилпенициллин; предпочтение защищенным пенициллинам, в частности ампициллин с клавулановой кислотой - аугментин; макролиды – клиндамицин и др.); гипосенсибилизирующая терапия, витамины;
- б) полоскание, орошение глотки антисептиками, оказывающим одновременно противовоспалительное и вяжущее действие – йодинол, бетадин, тантум верде, отварами растений – коры дуба, календулы, эвкалипта и т.д.;
- в) оросептики – Неоангин, Фарингосепт, Стрепсилс, Фарингомед, Фарингосепт, Фалиминт и др.;
- г) пробиотики – Нормофлорин,
- д) согревающий полуспиртовой компресс на подчелюстную область,
- е) режим постельный.

Ситуационная задача № 35

У больной 40 лет почти ежегодно ангины протекают с высокой температурой, с длительным последующим субфебрилитетом. Находится на диспансерном учете по поводу ревматоидного артрита, последнее обострение которого отмечено после перенесенной ангины.

При фарингоскопии тонзиллярные дужки инфильтрированы, слегка отечны, спаяны с миндалинами, последние рубцово изменены, лакуны их зияют, при надавливании из лакун выделяется гнойно-казеозное содержимое. Подчелюстные лимфоузлы чувствительны при пальпации, увеличены. Другие ЛОР-органы без особенностей.

Задание: Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Хронический тонзиллит, ТАФ П, ревматоидный артрит

- а) показано хирургическое лечение – двусторонняя тонзиллэктомия
- б) после операции следует провести курс противорецидивного лечения по поводу ревматоидного артрита

Ситуационная задача № 36

У больной 51 года жалобы на ощущение жжения, першение в горле. Лечилась смазываниями глотки раствором Люголя - без эффекта. Температура нормальная. В области верхнего полюса левой небной миндалины отмечается поверхностное изъязвление с неровными краями, покрытое сероватым налетом легко кровоточащее при дотрагивании.

При пальпации вокруг язвы определяется деревянистой плотности инфильтрат, переходящий на мягкое небо и корень языка. На шее слева пальпируется конгломерат увеличенных лимфоузлов, размером 5х6 см, плотный, ограниченно смещаемый.

Задание: Ваш диагноз? Какие дополнительные исследования необходимо провести? С какими заболеваниями следует дифференцировать?

Ответ: Новообразование левой небной миндалины (злокачественное). Показана биопсия. Дифференцирование следует с туберкулезным, сифилитическим поражением.

Ситуационная задача № 37

У больного жалобы на легкую боль в горле слева.

Общее состояние не нарушено. Температура 36,6 °С. Изменений со стороны внутренних органов не определяется. У верхнего полюса левой миндалины сероватый налет, после удаления которого обнаружена довольно глубокая язва с неровным салыным дном. Со стороны других ЛОР-органов отклонений от нормы не определяется.

Задание: Ваш диагноз? Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Ответ: Сифилис - твердый шанкр I стадия. Для уточнения диагноза анализ крови на RW.

Ситуационная задача № 38

У больной 38 лет, рентгенотехника, жалобы на сильную боль в горле, препятствующую глотанию, повышение температуры, чувство ломоты в конечностях, недомогание. Заболевание началось остро, два дня назад. Состояние больной средней тяжести, кожные покровы сухие, сероватожелтого оттенка. Температура 39 °С, пульс 88 в мин.

Небные миндалины покрыты грязно-серыми некротическими налетами. Регионарные лимфоузлы увеличены. При исследовании крови в формуле определяется выраженная лейкопения, значительное снижение количества нейтрофильных гранулоцитов.

Задание: Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Агранулоцитарная ангина. Необходимо:

- а) исключить медикаменты, неблагоприятно влияющие на кровь (анальгин, амидопирин, стрептоцид, сальварсан и др.)
- б) применять средства, стимулирующие лейкопоз (5% раствор нуклеината натрия по 5-10,0 2 р. в день в течение 2 недель; тезан 0,01 x 3 р. в день; немтоксил, лейкоген, витамины гр.В, С, камлолон, антианемон и др.)
- в) щадящая, диета, антисептические, полоскания

- г) борьба со вторичной инфекцией: антибиотикотерапия, гипосенсибилизирующая и общеукрепляющая.
- д) тубус-кварц в глотку

Ситуационная задача № 39

Больной 16 лет доставлен на носилках с жалобами на резкую слабость, недомогание, головную боль, боль в горле. Болен второй день, около недели назад был в контакте с больным ребенком, который госпитализирован в инфекционное отделение.

Состояние больного средней тяжести, ослаблен. Температура 38,6°C, пульс 82 в мин. Слизистая оболочка миндалин гиперемирована, покрыта грязно серыми налетами, которые распространяются на дужки, налеты снимаются с трудом, подлежащая ткань кровоточит. В подчелюстной области - отечность мягких тканей шеи.

Задание: Ваш диагноз? Назначьте необходимое исследование и лечение

Ответ: Дифтерия. Необходимо:

- а) произвести бактериологическое исследование для выявления палочек Леффлера (BL);
- б) госпитализация в инфекционное отделение, проведение противоэпидемических мероприятий;
- в) введение противодифтерийной сыворотки;
- г) вливание в гортань химотрипсина, антибиотиков, соляно-щелочное полоскание;
- д) отхаркивающие средства внутрь;
- е) витамины, сердечные средства, дезинтоксикационная терапия.

Ситуационная задача № 40

Ребенку 7 мес. Он беспокоен, отказывается от приема пищи, температура 39°C. При осмотре на задней стенке глотки определяется выпячивание, расположенное по срединной линии. Слизистая оболочка резко гиперемирована. Дыхание затруднено.

Задание: Диагноз? Лечение?

Ответ: заглоточный абсцесс. Показана срочная операция – вскрытие абсцесса

Раздел 4. Заболевания гортани и трахеи.

Контрольные вопросы

(проверяемые индикаторы – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Нервно-мышечные нарушения: паралич лицевого, подъязычного нервов, паралич мягкого неба, паралич возвратного нерва (односторонний и двусторонний).
2. Нарушения фонации при поражении отдельных ветвей возвратного нерва, лечение.
3. Профилактика нарушений голоса и речи у детей.
4. Заболевания голосового аппарата при патологии внутренних органов
5. Физио- и аэрозольтерапия в фониатрии
6. Хронический ларингит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение).
7. Папилломатоз гортани (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение).
8. Острый ларингит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение).
9. Нарушение голоса при заболеваниях бронхолегочного аппарата.
10. Нарушение голоса при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
11. Нарушение голоса при изменении функции желез внутренней секреции.
12. Физиолечение заболеваний голосового аппарата.
13. Аэрозольтерапия заболеваний голосового аппарата.
14. Флегмонозный ларингит. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение
15. Хондроперихондриты гортани. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение.
16. Ларинготрахеиты у детей. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение.
17. Эпиглоттиты. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение.
18. Флегмоны шеи: этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение
19. Медиастениты: этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение
20. Рак гортани. Ранняя симптоматика в зависимости от локализации опухоли, классификация, принципы лечения.
21. Методы лечения злокачественных опухолей гортани. Формы опухолей, лечебная тактика.
22. Склерома: диагностика, клиника, лечение.
23. Острый стеноз гортани: этиология, патогенез, симптомы, диагноз, лечебная тактика при различных стадиях.
24. Папилломатоз гортани: этиология, патогенез, клиника, лечебная тактика.
25. Трахеостомия: показания, техника проведения, уровень наложения стомы, возможные операционные и послеоперационные осложнения.
26. Доброкачественные опухоли гортани: симптомы, лечение.

Тестовые задания с эталонами ответов

(проверяемые индикаторы – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10)

1. В лечении папилломатоза гортани применяют следующие группы препаратов, кроме:

1. Противовирусные.
2. Антибактериальные.
3. Иммуномодулирующие.
4. Антибактериальные, иммуномодулирующие

2. Назовите состояния, при которых может встречаться односторонний паралич гортани: 1. Аневризма дуги аорты.

2. Опухоли щитовидной железы.
3. Новообразования средостения.
4. Функциональная афония.
5. После хирургических вмешательств.

3. Уровню каких шейных позвонков соответствует верхняя и нижняя границы гортани взрослого человека?

- 1 III-IV шейный позвонок
- 2 IV-VI шейный позвонок
- 3 II-V шейный позвонок
- 4 I-II шейный позвонок

4. В гортани выделяют следующие отделы:

- 1 вестибулярный отдел
- 2 складочный отдел
- 3 подголосовая полость
- 4 подсвязочный отдел

5. Какие анатомические образования гортани составляют её складочный отдел:

- 1 надгортанник
- 2 морганиев желудочек
- 3 вестибулярные складки
- 4 голосовые складки

4. Укажите, на каком из приведенных уровней находится бифуркация трахеи :

- 1 на уровне 2-го грудного позвонка
- 2 на уровне 5-го грудного позвонка
- 3 на уровне 8-го грудного позвонка
- 4 на уровне 6-7 грудного позвонка

5. Ларингоскопическая картина при остром ларингите:

- 1 ограничение подвижности голосовых складок
- 2 гиперемия голосовых складок
- 3 точечные кровоизлияния
- 4 отечность складок
- 5 узелки голосовых складок

6. Предраковые заболевания гортани:

- 1 фиброма голосовой складки на широком основании
- 2 гиперпластический ларингит
- 3 туберкулез
- 4 папилломатоз
- 5 ангиома

7. При лечении острого ларингита не применяются:

- 1 антибактериальная терапия
- 2 вливание лекарственных веществ в гортань
- 3 ингаляции
- 4 противоотечная терапия
- 5 прижигание слизистой оболочки гортани

8. Певческие узелки располагаются на:

- 1 черпалонадгортанных складках
- 2 вестибулярных складках
- 3 голосовых складках
4. в области передней комиссоы

9 Наиболее частым признаком попадания инородного тела в дыхательные пути является:

- 1 одышка)
- 2 цианоз
- 3 кашель
- 4 боль

10 Где должны лечиться больные дифтерией гортани:

- 1 на дому
- 2 в поликлинике
- 3 в ЛОР отделении
- 4 в инфекционной больнице

11 Основным лечением дифтерии гортани является внутримышечное введение:

- 1 антибиотиков
- 2 гипосенсибилизирующих средств
- 3 гормональных препаратов
- 4 противодифтерийной сыворотки

12 Развитие рубцового стеноза дыхательных путей в местах физиологических сужений характерно для:

- 1 туберкулеза гортани
- 2 сифилиса гортани
- 3 склеромы гортани)
- 4 рака гортани

13 Укажите, введение какого лекарственного препарата в/в обозначает термин «внутривенная трахеотомия»:

- 1 цефтриаксона
- 2 хлористого кальция
- 3 преднизолон
- 4 гемодеза

14 Какую связку необходимо рассечь, оказывая неотложную помощь при стенозе гортани III степени:

- 1 черпало - надгортанную
- 2 надгортанно-щитовидную
- 3 коническую
- 4 щито-надгортанную

15 . При гортанной ангине в гортани можно увидеть:

- 1 отек слизистой оболочки
- 2 гиперемию слизистой оболочки
- 3 грязно-серые пленки)
- 4 гнойное воспаление лимфаденоидных фолликулов гортани
- 5 скопление слюны в грушевидных синусах

16. Какие изменения происходят в тканях гортани при тупых травмах?

- 1 кровоизлияние
- 2 гематома
- 3 переломы хрящей
- 4 скопление слюны в грушевидных синусах
- 5 разрывы слизистой оболочки гортани

17 Какие операции при заболеваниях гортани выполняются амбулаторно:

- 1 биопсия
- 2 первичную хирургическую обработку непроникающих ран гортани
- 3 эндоларингеальное удаление фибромы гортани
- 4 коникотомия
- 5 резекция гортани

18. Ведущими в возникновении ларингитов являются следующие факторы:

Питье раздражающих напитков и употребление острой пищи.

Злоупотребление алкоголем и курением.

Питье холодных и горячих жидкостей,

перегревание и охлаждение организма, профессиональные вредности.

19. Развитие голоса и речи после ларингэктомии

Возможно в исключительных случаях.

Невозможно никогда.

Возможно у многих больных.

20. Наиболее распространенным методом лечения регионарных метастазов рака гортани является Лучевой.

Хирургический.

Химиотерапевтический.

Комбинированный

21. Ложный круп это

Стеноз гортани, обусловленный образованием дифтерийных пленок.

Стеноз гортани, возникающий при подсвязочном ларингите.

Стеноз гортани, обусловленный ростом опухоли.

Стеноз гортани вследствие инфекционных гранулем

22. Удушье при подсвязочном ларингите чаще возникает

Ночью.

Днем.

Утром.

Не зависит от времени суток

23. Различают следующие формы хронического ларингита

Катаральный, гипертрофический и атрофический.

Серозный, гнойный, некротический.

Инфильтративный и язвенный.

Гипертрофический и атрофический

24. Ведущими в возникновении ларингитов являются следующие внутренние факторы:

Хронические заболевания носа и придаточных пазух носа и глотки.

Перенапряжение голосового аппарата.

Хронические заболевания легких

Заболевания сердечно-сосудистой системы.

25. Дисфагия это:

Нарушение чистоты, силы и тембра голоса.

Нарушение глотания.

Полное отсутствие голоса.

Отсутствие обоняния

26. Истинный круп это:

Стеноз гортани, обусловленный образованием дифтерийных пленок.

Стеноз гортани, обусловленный ростом опухоли.

Стеноз гортани, обусловленный воспалительным отеком и инфильтратом гортани

Стеноз гортани вследствие инфекционных гранулем

27. Дисфония это:

Нарушение глотания.

Полное отсутствие голоса.

Нарушение чистоты, силы и тембра голоса.

Нарушение дыхания.

28. Крикотомия это:

Поперечный разрез всех слоев шеи между нижним краем перстневидного хряща и верхним краем первого кольца трахеи.

Поперечный разрез всех слоев шеи на уровне подъязычно-щитовидной связки

3. Поперечный разрез всех слоев шеи на уровне перстне-щитовидной связки.

4. Рассечение конической связки

29. При острых ларингитах ведущими являются следующие виды лечения:

Голосовой режим

Паровые и масляные ингаляции, домашний режим.

Антибиотикотерапия.

Физиотерапевтические процедуры (УВЧ и диатермия гортани).

30. В каких случаях производится коникотомия:

В особо экстренных случаях и сложных условиях, когда невозможно произвести классическую трахеотомию, независимо от возраста больного.

При всех формах стеноза гортани у взрослых.

При всех формах стеноза гортани у детей.

При гортанной ангине

31. Афония это:

Нарушение чистоты, силы и тембра голоса.

Полное отсутствие голоса.

Нарушение глотания.

Охриплость голоса

32. В развитии хондро-перихондрита гортани основными этиологическими моментами являются:

Травма, инородные тела гортани, длительная высокая интубация, злокачественные опухоли, острые инфекции, туберкулез, сифилис, лучевая терапия.

Вульгарные ларингиты, склерома гортани, хронические пневмонии, почечная недостаточность.

Инородные тела бронхов и пищевода

Застойные явления в гортани при дыхательной и сердечной недостаточности.

33. Гортанная ангина это:

Диффузное воспаление всех отделов гортани.

Воспаление рыхлой клетчатки и лимфаденоидной ткани, заложенной в области черпало-надгортанной складки, надгортанника, ложных голосовых связок и морганиевых желудочков.

Воспаление и изъязвление какого-либо одного отдела гортани.

Воспаление надгортанника

34. При вульгарных ларингитах нарушаются следующие функции:

Дыхательная.

Голосовая.

Дыхательная и голосовая

Защитная

35. При истинном крупе голос обычно:

Хриплый.

Чистый.

Вначале хриплый, а затем развивается полная афония

Не изменяется

36. Для флегмонозного ларингита характерен следующий комплекс общих симптомов:

Боли при глотании, афония, высокая температура без ознобов, вынужденное горизонтальное положение больного, сдвиг гемограммы влево

Тяжелое общее состояние больного, высокая температура, умеренные боли в горле при глотании, охриплость голоса, затрудненный выдох.

Тяжелое общее состояние больного, высокая температура, часто с ознобами, выраженные боли в горле при глотании, охриплость голоса, затрудненное дыхание и сдвиг гемограммы влево.

Тяжелое общее состояние больного, высокая температура, афония

37. Стеноз гортани нередко приходится дифференцировать со следующими заболеваниями:

С бронхиальной астмой, стенозом трахеи, дыхательной недостаточностью легочного происхождения.

Со стенозом трахеи, дыхательной недостаточностью легочного происхождения.

С поражением дыхательного центра головного мозга.

С острой сердечно-сосудистой недостаточностью.

38. Подсвязочный ларингит чаще наблюдается:

В среднем возрасте.

В детском возрасте.

В пожилом возрасте.

В любом возрасте

39: При нижней трахеотомии перешеек щитовидной железы смещается:

Кверху.

Книзу.
Никуда (перешеек пересекается).

40. При гортанной ангине нарушаются следующие функции:

Одна дыхательная.
Одна голосовая.
Дыхательная и голосовая.
Защитная и дыхательная

41. Характер трахеотомии (верхняя, средняя, нижняя) определяется:

Характером смещения перешейка щитовидной железы.
Уровнем разреза передней стенки трахеи.
Уровнем разреза мягких тканей шеи.
Уровнем пересекаемых хрящей трахеи

42. При верхней трахеотомии перешеек щитовидной железы смещается:

Кверху.
Книзу.
Никуда (перешеек пересекается).

43. Флегмона в гортани возникает при следующих заболеваниях:

Склероме и доброкачественных опухолях гортани.
Острых вульгарных ларингитах.
При острых инфекционных заболеваниях и инфекционных гранулемах
Травмах и злокачественных опухолях.

44. В группу хронических гипертрофических ларингитов можно отнести следующие заболевания:

Певческие узелки, пахидермии и лейкоплакии,
Инфекционные гранулемы (туберкулез, сифилис, склерома).
3.Доброкачественные опухоли гортани (фибромы, ангиомы, ангиофибромы, папилломы, полипы).
4. подвязочный хронический ларингит, пролапс слизистой оболочки морганиевых желудочков.

45. Отеки гортани возникают при следующих заболеваниях:

При травмах, воспалительных процессах в мягких тканях шеи
При сердечной и почечной недостаточности
При аллергических заболеваниях.
Острых вульгарных ларингитах.
Склероме и дифтерии.

Дополнить.

46. *Вопрос:* Аффония - это полное отсутствие _____

Ответ: голоса

47. *Вопрос:* При гортанной ангине нарушаются дыхательная и _____
ции.

Ответ: голосовая функции

48. *Вопрос:* По клиническому течению острые ларингиты подразделяются на ограниченные и _____

Ответ: диффузный

49. *Вопрос:* Для острого стеноза гортани характерна одышка _____

Ответ: инспираторная

50. *Вопрос:* Различают формы крупа - истинный и _____

Ответ: ложный

51. *Вопрос:* Для гортанной ангины характерно: высокая температура, сильные боли при глотании, затруднение дыхания, _____

Ответ: дисфония

52. *Вопрос:* Основные формы гипертрофического ларингита: певческие узелки, лейкоплакия, пролапс слизистой оболочки морганиевых желудочков, под связочный хронический ларингит, _____.

Ответ: пахидермии

53. *Вопрос:* Формы хронического ларингита: катаральный, гипертрофический, _____

Ответ: атрофический

54. *Вопрос:* Осложнения хондроперихондритов: аспирационная пневмония, медиастенит, кровотечение, _____

Ответ: асфиксия

55. *Вопрос:* Для острого катарального ларингита характерно: сухость, першение, саднение в гортани, сухой кашель, _____

Ответ: афония

56. *Вопрос:* Предраковые заболевания гортани: папиллома, лейкоплакия слизистой оболочки, дискератозы слизистой оболочки, пахидермия, _____

Ответ: фиброма

57. *Вопрос:* Формы острого ларингита: катаральный, флегмонозный, _____

Ответ: подслизистый

58. *Вопрос:* После коникотомии в условиях стационара следует произвести операцию _____

Ответ: трахеотомию

59. *Вопрос:* Количество стадий острого стеноза гортани составляет _____

Ответ: 4

60. *Вопрос:* Приступ ложного крупа у детей чаще развивается _____

Ответ: ночью

Ситуационные задачи с эталонами ответов

(проверяемые индикаторы – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

Ситуационная задача № 1

Больной 37 лет доставлен в ЛОР-отделение больницы с жалобами на затрудненное дыхание, охриплость, боли в горле при глотании. Три часа назад получил травму передней поверхности шеи.

Объективно: на передней поверхности шеи в области гортани — ссадина кожи, припухлость и болезненность при пальпации.

Непрямая ларингоскопия: надгортанник обычной формы и цвета. Справа, в области черпало-надгортанной и ложной голосовых складок, определяется синюшное опухолевидное образование, суживающее просвет гортани. Правая половина гортани ограничена в подвижности. Дыхание в покое затруднено, при физической нагрузке появляется инспираторная одышка. Другие ЛОР-органы без патологии.

Задания:

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 2

Машиной скорой помощи в приемное отделение детской больницы доставлен ребенок 1 года 6 месяцев с явлениями инспираторной одышки. У ребенка грубый, лающий кашель и небольшая охриплость. Болен 5-й день. Вначале появился насморк, кашель, повысилась температура тела. На фоне этой симптоматики во время сна резко ухудшилось дыхание.

Объективно: при осмотре ребенок беспокоен, кожа и видимые слизистые бледны. Дыхание шумное. Затруднен и удлиннен вдох. Видны западения и выбухания податливых мест грудной клетки (под- и надключичных ямок, области эпигастрии, межреберных промежутков).

Нос и глотка: разлитая гиперемия слизистой оболочки.

Гортань (прямая ларингоскопия): слизистая оболочка гиперемирована, в подскладковом пространстве красного цвета — валикообразные инфильтраты, расположенные симметрично и суживающие голосовую щель на две трети. Много слизисто-гнойной мокроты.

Задания:

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 3

Больная 28 лет обратилась к оториноларингологу с жалобами на охриплость, кашель с выделением небольшого количества вязкой мокроты. Больна 3 дня. Начало заболевания связывает с простудой.

Объективно: нос, глотка и уши без патологии. При обратной ларингоскопии видна разлитая гиперемия слизистой оболочки гортани и верхних отделов трахеи. На слизистой оболочке гортани — вязкая слизь. Истинные голосовые

связки утолщены, гиперемированы. Подвижность обеих половин гортани сохранена. Температура тела — 36,6 °С.

Задания:

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 4

Больной 37 лет обратился к врачу-оториноларингологу с жалобами на охриплость голоса, неприятные ощущения в горле, сухой кашель. Эта симптоматика нарастает к концу рабочего дня. Впервые голос изменился 3 года назад. В дальнейшем периодические улучшения сменялись обострениями заболевания. Работа связана с частыми переохлаждениями и с запыленностью воздуха. Больной курит табак.

Объективно. Гортань (обратная ларингоскопия): слизистая оболочка складок преддверия, истинных голосовых складок, межчерпаловидного пространства розовая, равномерно утолщена. Обе половины гортани подвижны в полном объеме. Температура тела в пределах нормы. Другие ЛОР-органы без патологии.

Задания:

Поставьте диагноз.

Определите тактику врача.

Ситуационная задача № 5

Больная 32 лет уроженка Гомельской области обратилась в клинику болезней уха, горла, носа с жалобами на одышку при физической нагрузке, охриплость, периодическое откашливание зеленоватых корок, сухость в полости носа, глотки. Считает себя больной около 5 лет. Причины заболевания указать не может.

Объективно: общее состояние - удовлетворительное. Температура тела в пределах нормы. При выполнении нагрузочных упражнений развивается одышка инспираторного типа. В покое дыхание нормализуется.

Нос: обе половины - широкие. Слизистая оболочка бледно-розовой окраски, местами покрыта корками и вязкой слизью. Дыхание через нос сохранено.

Носоглотка: концентрическое рубцовое сужение обеих хоан.

Глотка: слизистая оболочка задней стенки бледно-розовая, сухая, мягкое нёбо рубцово изменено.

Гортань: надгортанник не изменен. Ложные голосовые складки утолщены, истинные - гиперемированы. Голосовая щель сужена за счет симметрично расположенных в подскладковом пространстве инфильтратов розового цвета.

Анализ крови и мочи без патологии.

Задания:

О каком заболевании можно думать?

Какие методы исследования следует провести для уточнения диагноза?

Составьте план лечения больной.

Ситуационная задача № 6

Ребенок 3 лет доставлен в приемный покой больницы с признаками периодического удушья, кашля.

В анамнезе: три часа назад ребенок ел арбуз. Внезапно поперхнулся. Возник кратковременный приступ удушья, резкий кашель. В дальнейшем приступы кашля повторились. Периодически отмечается ухудшение дыхания.

Объективно: при аускультации грудной клетки слышен хлопающий звук, синхронно вдоху и выдоху. Других патологических изменений нет.

Задания:

Поставьте диагноз.

В какой помощи нуждается ребенок?

Ситуационная задача № 7

Больной 46 лет. Во время еды мясного супа внезапно почувствовал боль за грудиной, глотание сделалось невозможным (что-то застряло в горле).

Объективно: при осмотре глотки и гортани установлено повышенное слюноотделение. Слюна скапливается в грушевидных синусах. Проглотить ее больной не может. Другие патологические изменения отсутствуют.

Задания:

Какой предварительный диагноз?

Что необходимо сделать для уточнения диагноза?

Какую помощь необходимо оказать больному?

Ситуационная задача № 8

Больной 52 лет обратился к оториноларингологу с жалобами на охриплость, беспокоящую его уже 3 месяца. Болезненности в глотке не ощущает. Дыхание свободное. Много курит, часто употребляет алкогольные напитки.

Объективно: при осмотре гортани установлено, что ее слизистая оболочка бледно-розовой окраски, влажная, налетов нет. Правая голосовая складка утолщена, бугристая, подвижность ее ограничена. Регионарные лимфоузлы не прощупываются.

Задания:

Поставьте предварительный диагноз.

Какие дополнительные исследования необходимы для уточнения диагноза?

Определите методы лечения.

Ситуационная задача № 9

Больной 47 лет обратился к оториноларингологу с жалобами на затрудненное и болезненное глотание. Считает себя больным около 3 месяцев.

Из анамнеза удалось выяснить, что больной курит, злоупотребляет алкогольными напитками, в течение последних 5 лет состоит на учете и периодически лечится в противотуберкулезном диспансере по поводу туберкулеза легких. Объективно: при ларингоскопии установлено, что в области правого черпаловидного хряща имеется инфильтрат, распространяющийся на черпало-надгортанную складку этой же стороны. Инфильтрат изъязвлен. Язва неглубокая, с неровными краями. Дно язвы покрыто грануляционной тканью бледно-розового цвета. Истинные голосовые складки слегка гиперемированы, подвижны.

Задания:

Поставьте диагноз.

Какие дополнительные исследования необходимы?

Ситуационная задача № 10

В приемный покой доставлен ребенок 6 лет. Кожа лица землянистого оттенка. Губы цианотичные. Дыхание частое, поверхностное. Афония. Температура тела — 38 °С.

Объективно: при ларингоскопии определяется выраженный отек слизистой оболочки гортани. На задней стенке гортаноглотки, в области черпаловидных хрящей на ложных и истинных складках налеты грязно-серого цвета. Голосовая щель резко сужена.

Задания:

Какой предварительный диагноз?

Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Определите степень дыхательной недостаточности.

Какая тактика врача? Методы лечения.

Ситуационная задача № 11

В ЛОР-отделение доставлена девочка 7 лет с выраженными явлениями инспираторной одышки, слюнотечением, с жалобами на болезненное глотание.

Час назад случайно выпила глоток неразведенной уксусной кислоты.

Задания:

Какие изменения обнаружит врач, осматривая ЛОР-органы?

План лечения больной.

Ситуационная задача № 12

Больной 20 лет после планового промывания лакун небных миндалин раствором антибиотика (через 3 часа) стало трудно дышать, появился шумный тяжелый вдох, глотание стало затруднительным, возникло чувство сдавления шеи.

Была доставлена врачом скорой помощи в ЛОР-кабинет приемного отделения стационара.

Объективно: определяется выраженный стекловидный отек слизистой оболочки глотки, надгортанника, преддверного и среднего отделов гортани. Температура тела в норме.

Задания:

Какой диагноз?

Какая причина внезапно развившегося заболевания?

Ситуационная задача № 13

Больная 23 доставлена в приемное отделение через 2 часа после того, как выпила около 100 мл уксусной эссенции. Объективно: состояние тяжелое, дыхание шумное, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, кончики пальцев рук, носогубный треугольник синюшные.

Задания:

1. Выделите синдром, сформулировав его из имеющихся симптомов.
2. Определите предварительный диагноз.
3. При каких заболеваниях оно может развиваться?
4. Какое обследование нужно провести для разграничения этих заболеваний.
5. Обоснуйте и сформулируйте диагноз
6. Назначьте лечение

Эталон ответа:

1. Дыхательная недостаточность по обструктивному типу. Острый стеноз гортани. Ожоги гортаноглотки, пищевода.
2. Химический ожог глотки, пищевода.
3. При любых видах отравлений токсическими препаратами, аллергические реакции, ожоги термические, щелочами, окислами.
4. Ларингоскопию, эзофагоскопию.
5. На основании анамнеза, клиники - диагноз: Химический ожог гортаноглотки, пищевода желудка. Стеноз гортани III ст.
6. Госпитализация в реанимационное отделение с проведением интенсивной терапии.

Ситуационная задача № 14

Больной Г. обратился к аллергологу с жалобами на приступ удушья, кашель, заложенность носового дыхания, зуд глаз. Связывает заболевание с работой на конюшне. Считает себя больным в течение трех лет. В анамнезе с детства страдает аллергическим ринитом, который беспокоил до подросткового возраста при контакте с животными (кошки, собаки, овцы). Отмечает, что в настоящее время в отпускном периоде состояние значительно улучшилось

Задания: 1. Сформулируйте предварительный диагноз. 2. Какое обследование необходимо провести? 3. Составьте

план лечения. 4. План дополнительного обследования. 5. Определите профилактические мероприятия.

Эталонные ответы: 1. Диагноз: Атопическая бронхиальная астма, впервые выявленная, легкое персистирующее течение, аллергический ринит. 2. Консультация аллерголога: а) сбор аллергологического анамнеза б) кожное тестирование 3. План лечения: элиминационный режим, базисная терапия ИГКС 4. План дополнительного обследования: ИФА крови на специфические IgE-антитела с бытовыми, эпидермальными аллергенами 5. Профилактика заключается в рациональном трудоустройстве

Ситуационная задача № 15

Больной С., 15 лет, госпитализирован скорой медицинской помощью с жалобами на приступ удушья и зуд в области лица и шеи. При осмотре: отмечается отечность лица, более выраженная в области губ, век, правой щеки, слизистой оболочки ротовой полости и языка; на коже лица имеются единичные волдыри и эритематозные высыпания. На правой щеке виден след от укуса пчелы. При попытке проведения ларингоскопии отмечается выраженный отек слизистой оболочки носоглотки и гортани (субкомпенсированный стеноз). ЧД=30 в минуту. ЧСС 98 в мин. АД 110/75 мм рт. ст.

Задания: 1. Поставьте диагноз. 2. Предложите лечение.

Ответ: 1. Ангионевротический отек. 2. При остром ангионевротическом отеке глотки или гортани в качестве средства скорой помощи назначают эпинефрин (что обычно предотвращает развитие обструкции верхних дыхательных путей) и глюкокортикоиды внутрь. Если отек продолжает прогрессировать, больному может потребоваться интубация трахеи. При развитии анафилактического шока применяют ГКС внутривенно, вазопрессоры, инфузионную терапию.

Ситуационная задача № 16

Женщина 45 лет во время обеда (ела мясной суп) поперхнулась, почувствовала боль в горле, самостоятельно пыталась вызвать рвоту, ела хлебные корки. При этом ощущала резкую боль в нижних отделах шеи. Объективно: ссадины на слизистой оболочке гортанной части глотки, небольшая гематома свободного края надгортанника, скопление слюны в грушевидных синусах. Голосовая щель свободна. Со стороны других ЛОР-органов отклонений от нормы нет.

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача № 17

Больная 20 лет, жалуется на острые боли в горле, усиливающиеся при глотании, охриплость. Объективно: температура 38,3°C, кожные покровы гиперемированы, пульс 120 уд. в 1 мин. АД 120/70 мм рт.ст. Подчелюстные лимфоузлы увеличены и болезненны при пальпации. Слизистой оболочки гортани диффузно гиперемирована, инфильтрирована, надгортанник увеличен в размере с выраженными отечно-инфильтративными изменениями со сглаженными краями, ригиден. Отек слизистой распространяется на черпало-надгортанные, желудочковые складки, голосовые складки гиперемированы, инфильтрированы. Голосовая щель сужена до 6 мм. В покое дыхание затруднено, участвует в дыхании вспомогательная мускулатура, 34 в минуту.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 18

Больной 50 лет жалуется на охриплость. В течение 30 лет курит (около 2 пачек сигарет в день). Охриплость возникает периодически на протяжении последних 5-7 лет. Слизистая оболочка гортани умеренно гиперемирована. Симметричная гипертрофия вестибулярных и голосовых складок с обеих сторон; в межчерпаловидном пространстве - поперечный валик с неровным краем, выступающий в просвет гортани, скопление густого, подсыхающего слизистого секрета.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 19

Больной 17 лет поступил в клинику с жалобами на затруднение дыхания и глотания, слюнотечение, припухлость в области шеи и передней поверхности грудной клетки, кашель с мокротой, имеющей прожилки крови. Из анамнеза известно, что четыре часа назад, спускаясь по лестнице, больной споткнулся и ударился о перила передней частью шеи. Объективно: на коже шеи гематома, локальная болезненность в области щитовидного хряща. При ларингоскопии: кровоизлияние в правые вестибулярную, голосовую и черпало-надгортанную складки справа, отек слизистой оболочки гортани, голосовая щель 1 см. Число дыханий 16 в 1 мин.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 20

Больной 24 лет, доставлен в ЛОР-клинику по поводу ножевого ранения шеи 6-дневной давности. Объективно: инфильтрация и гиперемия кожи передней поверхности шеи, резаная рана размером 2x0,5 см в области щитовидного хряща справа. Пальпация хряща болезненна. Хруст хрящей гортани при пальпации отсутствует. Непрямая ларингоскопия: гиперемия и инфильтрация надгортанника и области черпаловидных хрящей. Голосовые складки серого цвета, голосовая щель сужена до 0,6 см. Одышка, дыхание затруднено – инспираторная одышка при физической нагрузке (в покое 14 в 1 мин.).

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 21

У больного 32 лет жалобы на охриплость. Около 6 месяцев назад отметил, что к концу рабочего дня слабеет голос, возникает потребность откашляться. Работает педагогом. Непрямая ларингоскопия: голосовые складки бледные, на границе передней и средней трети левой голосовой складки симметрично с обеих сторон определяются округлые образования бледно-серого цвета, величиной с просыное зерно. Подвижность гортани не нарушена. Голосовая щель обычных размеров. Подголосовое пространство свободно.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 22

Больная 38 лет обратилась с жалобами на охриплость. Два месяца назад перенесла резекцию желудка под эндотрахеальным наркозом. После операции были значительные боли в горле, отхаркивала кровь, тогда же отметила появление охриплости. Спустя 2 недели боли в горле полностью прекратились, охриплость усилилась. Непрямая ларингоскопия: голосовые складки бледные. В задних отделах гортани имеется ярко-красное образование величиной с вишню, на тонкой ножке, фиксированное к левой голосовой складке в задних отделах, подвижность гортани не нарушена, регионарные лимфоузлы не увеличены. Дыхание свободное.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 23

У больной 56 лет жалобы на охриплость. Считает себя больной около 6 месяцев после перенесенной операции по поводу узлового зоба. Непрямая ларингоскопия: голосовые складки серые, при фонации и дыхании левая половина гортани неподвижна. При физической нагрузке (ходьбе) появляется одышка и втяжение надключичных и яремной ямок. Лимфоузлы шеи не увеличены. Число дыханий 15 в 1 мин.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 24

Больной, 60 лет, обратился с жалобами на охриплость, поперхивание во время еды, гнусавый голос. Болен около 30 лет. Длительное время отмечал гнойные с неприятным запахом выделения из полости носа. Голос оставался нормальным, глотание не было затруднено. Не лечился.

Объективно: в центре твердого неба имеется дефект 1,0 см в диаметре. Зонд через дефект попадает в правую половину носа. Мягкое небо рубцово-деформировано и местами сращено с задней стенкой глотки. При непрямой ларингоскопии надгортанник рубцово изменен. Правая половина гортани неподвижна. Голосовая щель достаточна для дыхания.

Каков диагноз?

Что можно предпринять для его уточнения?

Ситуационная задача № 25

Больной 72 лет предъявляет жалобы на резкую боль при глотании, может питаться только жидкой пищей. Болен в течение двух недель. В течении 15 лет находится под наблюдением в противотуберкулезном диспансере, проводилось специфическое лечение.

Объективно: Нормостеник, пониженного питания, при непрямой ларингоскопии определяется изъязвленный инфильтрат, располагающийся на гортанной поверхности надгортанника, распространяющийся на желудочковые и черпало-надгортанные складки вплоть до черпаловидных хрящей. Подвижность гортани не нарушена, просвет ее немного сужен.

Каков предполагаемый диагноз?

Предложите план обследования.

Раздел 5. Заболевания наружного, среднего и внутреннего уха.

Контрольные вопросы

(проверяемые индикаторы - УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Аномалии развития и заболевания наружного уха (атрезия, серные пробки, инородные тела), причины возникновения, лечение.
2. Аномалии развития барабанной перепонки. Повреждения барабанной перепонки, профилактика, лечение.
3. Катар среднего уха, причины, особенности течения болезни, изменение слуха, лечение
4. Острое гнойное воспаление среднего уха (острый гнойный средний отит), причины возникновения, особенности течения заболевания у детей разного возраста, лечение, осложнения после болезни.
5. Хроническое гнойное воспаление среднего уха (хронический гнойный средний отит), причины, особенности течения при первой и второй форме заболевания, лечение, осложнения после болезни.
6. Дефекты и повреждения внутреннего уха. Воспаление внутреннего уха (лабиринтит), пути распространения инфекции, диффузный (разлитой) и ограниченный лабиринтит, осложнения.
7. Заболевания слухового нерва, проводящих путей и слуховых центров в головном мозге.
8. Классификация стойких нарушений слуха у детей.
9. Характеристика глухих детей (глухонемых и позднооглохших).
10. Характеристика слабослышащих (тугоухих) детей. Значение слухового восприятия для слабослышащих детей.

11. Методы компенсации нарушенной слуховой функции у детей.
12. Наружный отит
13. Фурункул уха
14. Отомикоз.
15. Клиника и диагностика острого гнойного воспаления среднего уха.
16. Особенности течения отитов в детском возрасте.
17. Особенности течения отитов при инфекционных заболеваниях.
18. Лечение и профилактика острого гнойного воспаления среднего уха.
19. Мастоидит.
20. Хронический гнойный мезотимпанит.
21. Хронический гнойный эпитимпанит.
22. Консервативные методы лечения хронических гнойных средних отитов.
23. Отогенный абсцесс мозжечка. Пути проникновения инфекции, патогенез, симптомы, диагностика, лечение.
24. Отогенный менингит.
25. Отогенный абсцесс мозга.
26. Отогенный сепсис.
27. Серозный и гнойный лабиринтит.
28. Диспансеризация больных хроническим гнойным средним отитом.
29. Адгезивный отит. Патогенез. Аудиологическая картина, клиника. Лечение.
30. Инфекционные и токсические кохлеарные невриты.
31. Отосклероз. Патогенез, особенности анамнеза и жалоб. Аудиологическая картина, клиника. Хирургическое лечение
32. Болезнь Меньера. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение
33. Методы реабилитации больных со стойким нарушением слуха (стапедэктомия со стапедопластикой, тимпаноластика, слухопротезирование, кохлеарная имплантация).
34. Профессиональные заболевания уха.
35. Хирургическое лечение тугоухости.
36. Глухота и глухонмота.
37. Основные профилактические и лечебные мероприятия при нарушении слуха у детей. Взаимосвязь лечебно-восстановительной и коррекционно-педагогической работы.
38. Злокачественный наружный отит
39. Рожистое воспаление ушной раковины. Этиология, клиника, диагностика, терапия
40. Отогенный парез лицевого нерва. Этиология, клиника, диагностика, неотложная терапия
41. Внезапная глухота: этиология, клиника, диагностика, неотложная терапия.
42. Синдром Рамсея – Ханта: этиология, клиника, диагностика, неотложная терапия
43. Топическая диагностика поражений лицевого нерва.

Тестовые задания с эталонами ответов

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10)

1. Парацентез барабанной перепонки производят в следующих квадрантах:

- Передне-верхнем.
 - Передне-нижнем.
 - Задне-верхнем.
- + Задне-нижнем.

2. Перфорация при хроническом мезотимпаните расположена в следующей части барабанной перепонки:

- + Натянутой.
 - Ненатянутой.
 - И натянутой, и ненатянутой.

3. Вульштейн выделил следующее количество типов тимпаноластики:

- Два.
 - Три.
- + Пять.
 - Семь.

4. Операция при мастоидите называется:

- Радикальная общеполостная операция.
- + Антромастоидтомия.
 - Тимпанотомия.
 - Миринголастика.

5. При остром гнойном среднем отите поражается:

+ Слуховая труба.

+ Барабанная полость.

— Улитка.

+ Клетки сосцевидного отростка.

6. При перихондрите ушной раковины в патологический процесс могут вовлекаться:

+ Козелок.

+ Завиток.

— Мочка уха.

+ Противозавиток.

+ Противокозелок.

7. Средняя продолжительность течения неосложненного острого гнойного среднего отита составляет:

-10 дней.

+ 2-3 недели.

— 1 месяц.

— 3 месяц.

— 6 месяц.

8. При остром гнойном среднем отите процесс локализуется:

+ В барабанной полости.

+ В слуховой трубе.

— В лабиринте.

— Во внутреннем слуховом проходе.

— В средней черепной ямке.

+ В сосцевидном отростке.

9. При разрушении гнойным воспалительным процессом крыши антрума и аттика отогенное внутричерепное осложнение чаще развивается:

— В области задней черепной ямки.

+ В области средней черепной ямки.

— В области передней черепной ямки.

10. При разрушении воспалительным процессом внутренней поверхности сосцевидного отростка отогенное внутричерепное осложнение развивается в области:

+ Задней черепной ямки.

— Передней черепной ямки.

— Средней черепной ямки.

— Внутреннего слухового прохода.

— В орбите.

11. Нарушение слуха при острых гнойных средних отитах чаще носит характер поражения:

+ Звукопроводящего аппарата.

— Звуковоспринимающего аппарата.

— Смешанного типа.

—

12. Основным методом лечения при мезотимпанитах в стадии обострения является:

— Оперативный.

+ Консервативный.

— Лучевой

— химиотерапевтический

13. К развитию ограниченного лабиринтита приводит хронический эптитимпанит, осложненный:

+ Карисом.

+ Холестеатомой.

— Парезом n. Facialis.

— Менингитом.

- Мастоидитом.

14. При отогенном лабиринтите нарушение слуха носит характер нарушения:

- Звукопроводящего аппарата.
- Звуковоспринимающего аппарата.

+ Звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов.

- Слух не страдает.

15. Лечение неосложненного острого среднего отита проводится преимущественно:

- Оперативно.

+ Консервативно.

- Оперативно и консервативно.

16. При менингогенном, геметогенном лабиринтигах нарушение слуха носит характер нарушения:

- Звукопроводящего аппарата.

+ Звуковоспринимающего аппарата.

- Звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов.
- Слух не страдает.

17. Чаще всего приходится дифференцировать диффузный наружный отит со следующими заболеваниями:

+ С отомикозом, экземой, фурункулом.

- С лабиринтитом, кохлеитом.
- С экзостазами наружного слухового прохода.
- С нейросенсорной тугоухостью.

18. Для ограниченного лабиринтита характерен нистагм:

- Спонтанный.

+ Прессорный.

- Позиционный.

- Установочный.

- Оптикинетический.

19. При мастоидите развивается тугоухость:

+ Кондуктивного характера.

- Сенсоневральное характера.
- Смешанного характера.
- Слух не страдает.

20. При хроническом гнойном мезотимпаните перфорация барабанной перепонки:

+ Центральная.

- Краевая.

+ Ободковая.

- щелевидная

21. При хронических гнойных эпитимпанитах проводится операция:

- Тимпанотомия.

- Стапедопластика.

+ Радикальная общеполостная операция.

- Антромастоидотомия.
- Дренирование эндолимфатического мешка.

22. Заболевание наружного слухового прохода, обусловленное грибковой флорой, называется:

+ Отомикоз.

- Муковисцедоз.
- Хламидиоз.
- Описторхоз.

23. При хроническом гнойном эпитимпаните перфорация:

- Центральная.
- + Краевая.
- Ободковая.
- щелевидная

24. Парацентез барабанной перепонки обычно проводится:

- В передневерхнем квадранте.
- + В задненижнем квадранте.
- В передненижнем квадранте.
- В задневерхнем квадранте.
- В центре барабанной перепонки.

25. Основным методом лечения мастоидита:

- Консервативный.
- + Хирургический
- Полухирургический
- лучевой.

26. При мастоидите проводят операцию:

- Шунтирование барабанной полости.
- Тимпанотомию.
- + Антромастоидотомию.
- Радикальную общеполостную операцию.

27. При перихондрите ушной раковины поражается:

- Вся ушная раковина.
- + Большая часть ушной раковины за исключением мочки.
- Только мочка.
- Ушная раковина и сосцевидный отросток.

28. Хирургическое вмешательство по реконструкции звукопроводящего аппарата называется:

- + Тимпанопластикой.
- Стапедопластикой.
- Риносептопластикой.
- Мобилизацией стремени.
- Резекцией барабанной струны.

29. Тугоухость, обусловленная патологическим состоянием среднего уха, называется:

- + Кондуктивной.
- Сенсоневральной
- перцептивной
- Смешанной.

30. Среди дополнительных методов исследования в диагностике мастоидита наиболее важным является.

- Вестибулометрия.
- Исследование ликвора.
- + Аудиометрический.
- + Рентгенологический.
- Акуметрический.

31. Основным методом лечения хронических гнойных эпитимпанитов является:

- + Оперативный.
- Консервативный.

32. Для лечения хронического гнойного неосложненного эпитимпанита показана операция:

- Антромастоидотомия.
- + Радикальная операция.
- Расширенная радикальная операция.

- тимпанопластика

33. Для перфоративной стадии острого гнойного среднего отита наиболее характерно:

- Боль в ухе, повышение температуры.

+ Гнойные выделения из уха.

+ Нарушение функции слуха.

- Прекращение выделений из уха и улучшение слуха.

34. Назовите характер тугоухости при остром среднем отите:

- Поражение звуковосприятия.

- Смешанный с преобладанием кондуктивного компонента.

- Смешанный с преобладанием перцептивного компонента

+ Поражения звукопроводения.

35. При хроническом гнойном мезотимпаните отделяемое из уха:

- Гнойное, с запахом.

+ Слизистое или слизисто-гнойное без запаха.

- Сукровичное.

- Творожистое или в виде мокрой промокательной бумаги.

36. Глубина распространения процесса при гнойном эпитимпаните:

+ Слизистые оболочки и костные структуры.

- Слизистая оболочка.

37. Патологический процесс в барабанной полости при мезотимпаните локализуется:

- Преимущественно в верхнем этаже.

+ В среднем и нижнем отделе.

- Преимущественно в нижнем отделе.

- Преимущественно в среднем отделе.

38. При остром диффузном наружном отите наблюдается:

+ Нормальный слух.

+ Поражение звукопроводения.

- Глухота.

- Поражение звуковосприятия.

39. Объективные симптомы неперфоративной стадии острого гнойного среднего отита:

- Рубцевание барабанной перепонки.

+ Гиперемия, утолщение или выпячивание барабанной перепонки.

- Пульсирующий рефлекс.

- Нависание задне-верхней стенки наружного слухового прохода

40. Причиной перихондрита ушной раковины чаще всего является следующая флора:

- Гемолитический стрептококк.

- Стафилококк.

+ Синегнойная палочка.

- Микобактерии.

41. Проба Ринне при остром среднем отите обычно:

- Положительная.

+ Отрицательная.

- Никогда не проявляется себя.

42. Фурункул наружного слухового прохода чаще вызывает следующая флора:

- Гемолитический стрептококк.

+ Стафилококк.

- Синегнойная палочка.

— Грибковая флора.

43. При продувании слуховых труб у больных хроническим катаральным средним отитом функция слуха:
+ Улучшается.

— Ухудшается.

— Не меняется.

Дополнить

44. Вопрос: Продолжительность течения неосложненного острого гнойного среднего отита _____

Ответ: 2-3 недели

45. Вопрос: При остром гнойном среднем отите преимущественно поражается _____

Ответ: барабанная полость

46. Вопрос: При разрушении гнойным воспалительным процессом крыши антрума и аттика отогенное внутричерепное осложнение развивается в области _____.

Ответ: средней черепной ямки

47. Вопрос: При разрушении воспалительным процессом внутренней поверхности сосцевидного отростка отогенное внутричерепное осложнение развивается в области _____ черепной ямки.

Ответ: задней

48. Вопрос: Серная пробка обычно удаляется _____

Ответ: промыванием

49. Вопрос: Нарушение слуха при острых средних отитах носит характер поражения аппарата _____

Ответ: звукопроводения

50. Вопрос: Основным методом лечения при хронических мезотимпанитах является _____

Ответ: консервативный

51. Вопрос: К развитию ограниченного лабиринтита приводит хронический гнойный эптитимпанит, осложненный _____

Ответ: холестеатомой

52. Вопрос: Нарушение слуха при лабиринтитах носит характер поражения аппарата _____

Ответ: звуковосприятия

Вопрос: Лечение неосложненного острого гнойного среднего отита проводят преимущественно _____

Ответ: консервативно

53. Вопрос: Острый диффузный наружный отит чаще всего приходится дифференцировать с острым отитом, фурункулом наружного слухового прохода, экземой, _____

Ответ: отомикозом

54. Вопрос: Объективный симптом, патогномичный для ограниченного лабиринтита, называется _____

Ответ: фистульным

55. Вопрос. При мастоидите нарушение слуха носит характер нарушения _____

Ответ: звукопроводения

56. Вопрос: При хроническом гнойном мезотимпаните перфорация обочно _____

Ответ: ободковая

57. Вопрос: Операция, которая проводится при хронических гнойных эптитимпанитах, называется _____

Ответ: радикальной

58. Вопрос: Заболевание наружного слухового прохода, обусловленное грибковым поражением, называется _____

Ответ: отомикоз

59. Вопрос. При хроническом гнойном эптитимпаните перфорация носит характер _____.

Ответ: краевой

60. Вопрос: Парацентез барабанной перепонки обычно проводится в _____

Ответ: задне-нижнем квадранте

61. Вопрос: Основной метод лечения мастоидита _____

Ответ: хирургический

62. Вопрос: Операция, которая производится при мастоидите, называется _____

Ответ: антростома

63. Вопрос: При перихондрите ушной раковины в основном поражается _____

Ответ: надхрящница

64. Вопрос: Хирургическое вмешательство на среднем ухе по реконструкции звукопроводения называется _____

Ответ: тимпанопластикой

65. Вопрос: Тугоухость, обусловленная патологическим состоянием наружного уха, носит характер поражения _____

Ответ: звукопроводения

66. Вопрос: Среди дополнительных методов исследования в диагностике мастоидита наиболее важным является _____

Ответ: рентгенологический

67. Вопрос: Основным методом лечения хронических гнойных эпитимпанитов является _____

Ответ: хирургический

Установить правильную последовательность:

68. Вопрос: Этапы радикальной операции на ухе:

1. Удаление костной части стенки наружного слухового прохода
2. Трепанация сосцевидного отростка
3. Удаление патологического содержимого из полостей среднего уха
4. Пластика, направленная на широкое сообщение послеоперационной полости с наружным ухом.

Ответ: 2,1,3,4

69. Вопрос: Последовательность развития мастоидита:

1. Воспаление мукопериоста
2. Остеит сосцевидного отростка
3. Эмпиема сосцевидного отростка

Ответ: 1,2,3

70. Вопрос: Глубина поражения головного мозга гнойным процессом при отогенных внутричерепных осложнениях (абсцесс):

1. Экстрадуральный абсцесс
2. Субдуральный абсцесс
3. Интрадуральный абсцесс
4. Абсцесс мозга и мозжечка
5. Прорыв в желудочки мозга

Ответ: 1,3,2,4,5

Ситуационные задачи с эталонами ответов

(проверяемые компетенции – УК-1,ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10,ПК-4, ПК-5, ПК-6)

Ситуационная задача № 1

У больного 18 лет жалобы на стреляющие боли в левом ухе, снижение слуха. Считает себя больным в течение двух дней. Объективно: AD - норма, AS - в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Mt - гиперемирована. Ш.р. - 1,5 м.

Ваш диагноз?

Ответ: Левосторонний острый средний отит I стадия

Ситуационная задача № 2

У больной 30 лет жалобы на сильную боль в правом ухе, снижение слуха. Больна два дня, после переохлаждения. Объективно: AD - в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Мт - гиперемирована, выбухает. Ш.р. - 0,5 м.

Ваш диагноз? Лечение.

Ответ: Правосторонний острый средний отит.

Лечение:

- а) парацентез
- б) сосудосуживающие капли в нос
- в) антибиотикотерапия
- г) гипосенсибилизирующая терапия
- д) катетеризация правой слуховой трубы с введением антибактериальных и кортикостероидных препаратов

Ситуационная задача № 3

У больного 50 лет жалобы на гноеотечение из левого уха, боль в ухе и в заушной области, снижение слуха. Болен 3 недели. Объективно: AS - в наружном слуховом проходе слизисто-гнойное отделяемое в количестве 3 ватников, без запаха. Мт - гиперемирована, в передне-нижнем квадранте перфорация, «пульсирующий рефлекс», гиперемия и нависание верхнезадней стенки наружного слухового прохода. При пальпации сосцевидного отростка отмечает значительную боль, больше в области верхушки.

Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование?

Ответ: Острый левосторонний гнойный средний отит. Мастоидит слева.

- а) рентгенограмма височных костей в проекции Шюллера, Майера или КТ височных костей
- б) аудиологическое обследование (тональная пороговая аудиометрия, импедансометрия)
- в) клинический анализ крови

Лечение: антромастоидотомия

Ситуационная задача № 4

У больной 40 лет жалобы на боль в правом ухе, гноеотечение, снижение слуха, боль в заушной области. Заболела 3 дня назад после простуды, появился насморк, выделения из носа, после чего появились боли в правом ухе. AD: Мт - гиперемирована.

Назначьте необходимое обследование.

Ответ: рентгенограмма височных костей в проекции Шюллера, Майера или КТ височных костей

Ситуационная задача № 5

У больного 25 лет жалобы на стреляющую боль в левом ухе, снижение слуха. Болен второй день. Объективно: AS - в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Мт - серая, втянута, инъецирована сосудами.

Ваш диагноз?

Ответ: Острый левосторонний гнойный средний отит I стадия.

Ситуационная задача № 6

У больной 30 лет жалобы на снижение слуха справа. Три недели назад перенесла правосторонний острый средний отит. AD - в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Мт - серая, втянута. Ш.р. - 5 м. Ваш диагноз? Назначьте обследование и лечение?

Ответ: Острый правосторонний средний отит (репаративная стадия)

Лечение:

- а) катетеризация правой слуховой трубы с введением химопсина
- б) пневмомассаж барабанной перепонки справа

Ситуационная задача № 7

У больного 45 лет жалобы на значительное снижение слуха на левое ухо. Накануне, после бани, резко ухудшился слух. Объективно: AS: в слуховом проходе плотная желтовато-серая масса, закрывающая весь просвет прохода в перепончато-хрящевом отделе.

Ваше заключение?

Ответ: Серная пробка левого наружного слухового прохода

Ситуационная задача № 8

У больного 30 лет жалобы на резкую боль в правом ухе. Болен в течение 4-х дней. Объективно: справа при пальпации козелка и ушной раковины определяется резкая болезненность, наружный слуховой проход сужен инфильтратом, при отоскопии осматривается лишь передний сегмент Мт, она серого цвета. Слух - норма. Температура тела субфебрильная, в крови отмечается лейкоцитоз и ускорение СОЭ.

Ваш диагноз? Лечение.

Ответ: Острый правосторонний наружный отит.

Лечение:

- а) беречь ухо от воды

- б) антибиотикотерапия
- в) гипосенсебилизирующая терапия
- г) местная антибактериальная терапия

Ситуационная задача № 9

У больного 35 лет жалобы на боль в правом ухе, усиливающиеся при открывании рта. Объективно: справа при пальпации козелка резкая боль. Отоскопически: наружный слуховой проход резко сужен, за счет конусовидного инфильтрата в области передней стенки. При ощупывании зондом этого участка отмечается флюктуация.

Ваш диагноз?

Ответ: Фурункул наружного слухового прохода справа

Ситуационная задача № 10

У больной 30 лет жалобы на периодическое гноетечение из правого уха, снижение слуха. Считает себя больной в течение 10 лет. Объективно: AD - в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Мт - серая, имеется центральная перфорация. Слизистая оболочка медиальной стенки барабанной полости бледно-розовая.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые обследования.

Ответ: Хронический гнойный правосторонний средний отит. Мезотимпанит вне обострения.

а) рентгенограмма височных костей в проекции Шюллера, Майера или КТ височных костей.

б) аудиологическое обследование (тональная пороговая аудиометрия).

Ситуационная задача № 11

У больной 40 лет жалобы на периодическое гноетечение из правого уха, снижение слуха справа. Считает себя больной в течение 15 лет. Два раза в году отмечает обострение процесса. Объективно: AD - Мт - серая, в передне-нижнем квадранте перфорация, края которой утолщены. На рентгенограмме височных костей - кариозно-деструктивный процесс в аттикоантральной области. Антрум расширен процессом. В сосцевидном отростке - клеточная система завуалирована. На аудиограмме кондуктивная тугоухость II степени справа. Диагноз: Хронический гнойный средний отит справа. Эпитимпанит.

Назначьте лечение

Ответ: Лечение: санирующая слухосохраняющая радикальная операция на правой височной кости.

Ситуационная задача № 12

У больной 19 лет жалобы на боль в правом ухе, снижение слуха, асимметрия лица. Считает себя больной в течение недели, после переохлаждения. Вчера появилась асимметрия лица справа. Объективно: AD - Мт - гиперемирована, выпячена. Асимметрия лица резко выражена.

Ваш диагноз? Лечение.

Ответ: Острый правосторонний средний отит. Отогенный периферический парез лицевого нерва справа

Лечение: а) парацентез; б) антибиотикотерапия пенициллинового ряда; в) гипосенсебилизирующая терапия; г) дезинтоксикационная терапия; д) дегидратационная терапия; е) противовоспалительная терапия; ж) катетеризация слуховой трубы; з) сосудосуживающие капли в нос; и) антибактериальные капли в ухо; к) физиотерапия

Ситуационная задача № 13

У больной 45 лет жалобы на головную боль справа иногда на подушке появляются гнойные пятна. Объективно: AD - в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Мт - перламутро-серого цвета, рубцово-изменена. В передне-верхнем квадранте имеется точечная перфорация. Слух норма. На КТ височных костей имеется костно-деструктивный процесс в аттико-антральной области. Антрум расширен процессом. Сосцевидный отросток склеротического строения.

Ваш диагноз? Лечение.

Ответ: Хронический гнойный средний отит справа. Эпитимпанит.

Лечение: санирующая слухосохраняющая радикальная операция на правой височной кости.

Ситуационная задача № 14

У больной 35 лет жалобы на снижение слуха справа, головную боль в области правой височной кости. Страдает правосторонним хроническим гнойным средним отитом с детства. Обострения 1 раз в год. Объективно: AD - в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Мт - серая, опознавательные пункты слабо выражены, в верхне-заднем квадранте имеется перфорация, прикрытая образованием белого цвета. При промывании аттика на поверхности промывной жидкости чешуйки.

Ваш диагноз?

Ответ: Хронический гнойный средний отит справа. Эпитимпанит. Холестеатома

Ситуационная задача № 15

Больная жалуется на ощущение зуда, жжения и жара в области ушной раковины, повышение температуры тела, общую слабость.

Три дня назад неосторожно почесала ушную раковину, после чего почувствовала умеренную боль, а через 2 дня

появились вышеперечисленные симптомы.

Объективно: общее состояние — удовлетворительное, температура тела 38,0 °С. В области ушной раковины резко выраженная гиперемия и инфильтрация кожи, распространяющаяся на околоушную область спереди и сзади. Границы воспаленной кожи резко очерчены в виде демаркационной линии. Наружный слуховой проход и барабанная перепонка не изменены. Функция слуха без изменений. В общем анализе крови определяются признаки воспаления.

Задание:

Какой диагноз?

Какое необходимо назначить лечение?

Ситуационная задача № 16

Пациент жалуется на ощущение заложенности правого уха, которое появилось после принятия душа.

Объективно: в наружном слуховом проходе справа определяется рыхлая масса коричневого цвета, заполняющая весь просвет прохода. Барабанная перепонка не видна. Острота слуха на правое ухо умеренно снижена.

Задание:

Какой диагноз?

Какие меры необходимо предпринять?

Ситуационная задача № 17

Больная жалуется на боль в правом ухе, усиливающуюся при жевании, общую слабость, повышение температуры тела. Больна 3 дня. Причину заболевания не знает.

Объективно: состояние — удовлетворительное, температура тела — 37,5 °С. Правое ухо: ушная раковина внешне не изменена. Наружный слуховой проход сужен из-за инфильтрации стенок на всем его протяжении. Барабанная перепонка обозрима не полностью. Отделяемого в ухе нет. Левое ухо без воспалительных изменений. Другие ЛОР-органы без особенностей.

Анализ крови: лейкоциты — $10 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы — 2 %, палочкоядерные — 11 %, сегментоядерные — 52 %, моноциты — 2 %, лимфоциты — 33 %. Слух в пределах нормы.

Задание:

Какой диагноз?

Составьте план лечения и назначьте лечение.

Ситуационная задача №187

Больная жалуется на боли в правом ухе, усиливающиеся при жевании, при надавливании на козелок и при оттягивании ушной раковины. Больна 3-й день. Причины заболевания указать не может.

Объективно: при отоскопии в перепончатой части слухового прохода на его нижней стенке определяется припухлость округлой формы, болезненная при пальпации. Просвет наружного слухового прохода сужен. Другие ЛОР органы без воспалительных изменений. Острота слуха не снижена. Температура тела — 37,7 °С. В общем анализе крови признаки воспаления.

Задание:

Какой диагноз?

Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 19

Больная 12 лет жалуется на заложенность, снижение слуха и шум в правом ухе. Заболела 3 дня назад. Начало заболевания связывает с перенесенным насморком.

Объективно: правое ухо. Область сосцевидного отростка внешне не изменена, при пальпации безболезненна. Слуховой проход широкий, выделений нет. Барабанная перепонка бледно-серой окраски, втянута (короткий отросток резко выступает в сторону наружного слухового прохода, световой рефлекс укорочен, резко выражены передняя и задняя складки барабанной перепонки).

Левое ухо без патологических изменений.

В носоглотке — аденоидные вегетации 2-й степени.

Температура тела — 36,6 °С.

Формула слуха: шепотная речь на правом ухе — 3 м, на левом ухе — 6 м; Ринне: справа — отрицательный, слева — положительный; Вебер: латерализация звука вправо; Швабах: справа — удлинённый, слева — одинаковый.

Задание:

Поставьте диагноз.

Какое необходимо лечение?

Ситуационная задача № 20

Больная жалуется на умеренно выраженную боль в правом ухе, заложенность его и снижение слуха. После общего переохлаждения появились симптомы насморка и вышеуказанные жалобы. Больна около недели.

Объективно: наружный слуховой проход свободный, кожа не изменена. Барабанная перепонка розового цвета с синюшным оттенком, опознавательные знаки отсутствуют, выпячена в наружный слуховой проход. Острота слуха

на правое ухо: шепотная речь — 2 м, разговорная — 5 м. Слева слух в норме. Опыт Вебера: латерализация звука вправо. Дыхание через нос затруднено. Отек слизистой носа, отделяемое слизистого характера из обеих половин носа. Температура тела в норме. Общеклинический анализ крови без изменений.

Задание:

Какой диагноз?

Назначьте лечение больного.

Ситуационная задача № 21

Больной 28 лет обратился к оториноларингологу с жалобами на гноетечение из правого уха, боли неинтенсивного характера и снижение слуха на это ухо.

Болен 4 дня. Заболевание развилось на фоне острого насморка. Температура тела повысилась до 38 °С, появилась сильная боль в ухе, снизился слух. На 3-й день заболевания больной заметил кровянисто-гнойные выделения из слухового прохода. В это же время интенсивность болей уменьшилась, снизилась температура тела. Слух не улучшился.

Объективно: ушная раковина и область сосцевидного отростка правого уха не изменены, при пальпации безболезненны. В наружном слуховом проходе — кровянисто-гнойные выделения. После их удаления видна инфильтративно измененная барабанная перепонка. Цвет ее ярко-красный, в задне-нижнем квадранте — пульсирующий световой рефлекс. Температура тела — 37,3 °С. Лейкоциты — $10 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ — 27 мм/ч.

Формула слуха: шепотная речь на правом ухе — 2 м, на левом ухе — 6 м; Ринне: справа — отрицательный, слева — положительный; Вебер: латерализация звука вправо; Швабах: справа — удлиненный, слева — одинаковый.

Задание:

Назовите заболевание и его стадию.

Назначьте лечение.

По какому типу снижен слух?

Ситуационная задача № 22

Больной жалуется на боль в правом ухе, значительное снижение слуха справа, головную боль, общую слабость. Болен 10 дней. Заболевание началось с насморка и боли в ухе. Лечился в поликлинике у ЛОР-врача. Принимал антибиотики, закапывал ушные капли. Состояние не улучшилось. Накануне обращения появилась боль и припухлость в заушной области. Повысилась температура тела до 38 °С.

Объективно: в заушной области справа определяются инфильтрации мягких тканей; сосцевидный отросток болезненный при пальпации. При отоскопическом обследовании наружный слуховой проход в костном отделе сужен из-за выбухания (нависания) его задне-верхней стенки. Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, выпячена в наружный слуховой проход. Острота слуха: шепотная речь справа — 1 м. На рентгенограмме по Шюллеру снижена пневматизация ячеек сосцевидного отростка справа. Анализ крови: лейкоцитоз, ускоренная СОЭ.

Задание:

Какой диагноз?

Как лечить больного?

Ситуационная задача № 23

Больная 32 лет жалуется на боли в области правого уха, обилие слизисто-гнойных выделений из него, снижение слуха, оттопыренность ушной раковины и образование припухлости в заушной области.

Из анамнеза установлено, что после простуды на фоне насморка появились заложенность, а затем и сильные боли в области правого уха. Повысилась температура тела, развилась общая слабость. Самостоятельно начала принимать таблетки эритромицина. Улучшения не наступило. На 6-й день заболевания появились боль и припухлость за ушной раковиной, на 7-й — гнойные выделения из уха. Обратилась в ЛОР-кабинет поликлиники и сразу же была направлена на стационарное лечение.

При поступлении в ЛОР-клинику общее состояние оценивается как средней тяжести, отмечается бледность кожных покровов. Пульс 99 уд./мин, ритмичный, удовлетворительного наполнения, не напряжен. Температура тела — 38,8 °С.

Объективно: правая ушная раковина оттопырена. В области сосцевидного отростка болезненность и флюктуирующая припухлость. Наружный слуховой проход заполнен гноем, сужен за счет инфильтрации его задней стенки. Барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована, со щелевидной перфорацией в задне-нижнем квадранте. На рентгенограммах сосцевидных отростков прозрачность ячеистой системы справа снижена.

Анализ крови: лейкоциты — $15 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ — 39 мм/ч, эозинофилы — 2 %, палочкоядерные — 10 %, сегментоядерные — 59 %, моноциты — 4 %, лимфоциты — 25 %. Другие ЛОР-органы без особенностей.

Задание:

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Напишите предполагаемую формулу слуха. По какому типу снижен слух?

Ситуационная задача № 24

Больной 45 лет жалуется на боли в правом ухе, слизисто-гнойные выделения из него, снижение слуха и шум в ухе.

Болен с детского возраста. Гноетечение из уха после консервативного лечения прекращается, а затем через 2-3 года возобновляется. Причиной рецидива заболевания являются простудные заболевания или попадание воды в ухо. Последнее обострение пациент связывает с перенесенным гриппом.

Объективно. Правое ухо. Ушная раковина и область сосцевидного отростка внешне не изменены, при пальпации безболезненны. Наружный слуховой проход широкий, со значительным количеством слизисто-гнойного содержимого без запаха. После удаления гноя видна почкообразная перфорация в центре барабанной перепонки. Сама барабанная перепонка гиперемирована, инфильтрирована. Через перфорацию видна слизистая оболочка медиальной стенки барабанной полости ярко-красного цвета. Температура тела — 37,2 °С. Анализы крови и мочи в пределах нормы. Другие ЛОР-органы не изменены.

Задание:

Поставьте диагноз.

Напишите предполагаемую формулу слуха.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 25

Больная 35 лет лечилась у терапевта по поводу пневмонии. Принимала инъекции гентамицина. На 7-й день лечения почувствовала шум в обоих ушах, снизился слух.

Объективно: со стороны ЛОР-органов воспалительных изменений не выявлено.

Формула слуха: шепотная речь справа — 2 м, слева — 1 м; Ринне: положительный с обеих сторон; Вебер: латерализован вправо; Швабах: укорочен с обеих сторон.

Задание:

Предполагаемое заболевание. Какая его этиология?

Какие дополнительные методы диагностики надо применить?

Ситуационная задача № 26

Больная 30 лет обратилась к ЛОР-врачу с жалобами на головокружение (ощущение вращения предметов вправо), тошноту, рвоту, шум в ушах, шаткую походку, снижение слуха.

Заболевание началось внезапно. Страдает вегетососудистой дистонией по смешанному типу.

При осмотре ЛОР-органов видимых изменений не обнаружено. Выявлен спонтанный нистагм. Слуховая функция снижена на оба уха по смешанному типу.

Задание:

Какой предполагаемый диагноз?

Какие дополнительные методы диагностики требуются?

Назначьте лечение больного.

Ситуационная задача № 27

Больной 30 лет обратился с жалобами на гноетечение из правого уха, практически не прекращающееся после неоднократных курсов лечения в поликлинике. Гнойные выделения имеют неприятный запах и примесь крови. Кроме того, периодически возникает головная боль справа. Болеет с детского возраста. Начало заболевания связывает с перенесенной в детстве скарлатиной.

Объективно: наружный слуховой проход правого уха широкий, имеется скудное гнойное содержимое с неприятным запахом. При очистке слухового прохода ватником появилась незначительная кровоточивость. Барабанная перепонка рубцово изменена, с краевой перфорацией в задне-верхнем квадранте. Через перфорацию видна грануляционная ткань, кровоточащая при касании.

Температура тела, анализы крови и мочи в пределах нормы.

На рентгенограмме сосцевидных отростков справа отсутствует пневматизация ячеистой структуры.

Задание:

Какой диагноз? На основании каких признаков поставлен диагноз?

Составьте формулу слуха.

Составьте план лечения.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 28

Больная 25 лет поступила в ЛОР-клинику с жалобами на боли в области правого уха, снижение слуха на это ухо, головокружение, тошноту, рвоту. Головокружение и тошнота усиливаются при попытке встать с постели. Больна 2 недели. Вначале на фоне острого респираторного заболевания появилась боль в ухе, снизился слух, а через 5 дней возникло ощущение тошноты. Неоднократно наблюдалась рвота.

Объективно. Правое ухо. Область сосцевидного отростка внешне не изменена, при пальпации безболезненна. Слуховой проход широкий, выделений нет. Барабанная перепонка гиперемирована, выпячена в области верхних квадрантов. Левое ухо без патологических изменений. Слизистая оболочка полости носа и глотки слегка гиперемирована. Температура тела — 37,8 °С. Анализ крови: СОЭ — 27 мм/ч, лейкоциты — $12 \times 10^9/\text{л}$. Менингеальных симптомов нет. Глазное дно без патологии. Горизонтальный нистагм — влево.

Формула слуха: шепотная речь: правое ухо 1 м, левое ухо 6 м; Ринне: справа — отрицательный, слева —

положительный; Вебер: латерализация звука в больное ухо; Швабах: справа — удлиненный, слева — одинаковый.

Задание:

Какой диагноз?

На основании каких признаков распознано заболевание?

Составьте план лечения.

По какому типу снижен слух?

Ситуационная задача № 29

Больная 27 лет жалуется на снижение слуха, шум в ушах, больше выраженный справа. В шумной обстановке (во время езды в трамвае, троллейбусе) периодически отмечает некоторое улучшение слуха. Считает себя больной 6-й год. Причины заболевания указать не может. Развитие заболевания постепенное. Какие-либо заболевания ушей в прошлом отрицает. Снижение слуха и шум в ушах значительно усилились год назад во время беременности.

Объективно: ушные раковины и области сосцевидных отростков внешне не изменены, при пальпации безболезненны. Слуховые проходы широкие. Барабанные перепонки серого цвета, блестящие, с выраженными опознавательными знаками. Патологических изменений со стороны других ЛОР-органов не выявлено. Температура тела — 36,7 °С, анализ крови и мочи без изменений. Слуховая функция нарушена на оба уха по звукопроводящему типу.

Задание:

Какой диагноз?

Какие необходимы дополнительные методы обследования?

Какое показано лечение?

Ситуационная задача № 30

Больной 57 лет обратился с жалобами на шум в ушах, снижение слуха, больше на правое ухо. Считает себя больным около 5 лет. Свое заболевание связывает с перенесенным гриппом. Работает на шумном производстве. При осмотре ЛОР-органов видимых патологических изменений не выявлено. Температура тела не превышает нормальных цифр. При исследовании крови и мочи патологических изменений не выявлено.

Объективно. Правое ухо: шепотная речь 1 м, Ринне: положительный, Вебер: латерализация влево, Швабах: укороченный. Левое ухо: шепотная речь — 3 м, Ринне: положительный, Швабах: укороченный.

Задание:

Какой диагноз?

На основании каких данных поставлен диагноз?

Какие дополнительные методы обследования необходимо выполнить?

Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 31

Больная 37 лет с детского возраста страдает правосторонним хроническим гнойным эпитимпанитом. Периодически лечилась в ЛОР-кабинете поликлиники. Наступало временное улучшение. Семь дней назад на фоне острого респираторного заболевания появились боли в правом ухе, увеличилось количество гнойных выделений. Повысилась температура тела до 39,7°С. В последующем больная начала жаловаться на ознобы, сменяющиеся усиленным потоотделением. Нарастали явления общей слабости. Доставлена в клинику бригадой скорой помощи.

Объективно: общее состояние тяжелое. Резкая слабость. Ознобы сменяются усиленным потоотделением. Кожа и видимые слизистые бледны. Гектическая температура, тахикардия.

Правое ухо: ушная раковина и область сосцевидного отростка внешне не изменены. Сосцевидный отросток при пальпации по заднему краю болезненный. Отмечается болезненность при пальпации сосудисто-нервного пучка шеи справа. В слуховом проходе — обилие сливкообразного гноя с неприятным запахом. Барабанная перепонка инфильтрирована, гиперемирована, с краевой перфорацией в верхних квадрантах. Слизистая оболочка полости рта и глотки сухая.

Со стороны других ЛОР и внутренних органов патологических изменений не выявлено. В моче определяются следы белка. Анализ крови: лейкоциты — $18,0 \times 10^9/\text{л}$, базофилы — 1 %, эозинофилы — 5 %, палочкоядерные — 22 %, сегментоядерные — 47 %, лимфоциты — 19 %, моноциты — 6 %, СОЭ — 47 мм/ч.

Задание:

Какой диагноз?

На основании каких признаков он установлен?

Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 32

Больной 20 лет обратился с жалобами на болезненность и припухлость правой ушной раковины, которые появились сразу после соревнований (занимается борьбой в спортивной секции).

Объективно: в области ладьевидной ямки правой ушной раковины — флюктуирующая припухлость сине-багрового цвета умеренно болезненная при пальпации. Обе барабанные перепонки не изменены. Восприятие ШПР: 6 м. на оба уха. Другие ЛОР органы не изменены.

Задание:

Поставьте предварительный диагноз.
Определите лечебную тактику в данном случае.

Ситуационная задача № 33

Больная 21 лет обратилась с жалобами на боль, припухлость правой ушной раковины. Болеет 4-ый день. Заболевание связывает с травмой уха при падении с качели. Первоначально на ушной раковине была ссадина, за последние сутки появилась припухлость, покраснение, сильная болезненность ушной раковины при дотрагивании. Объективно: увеличение ушной раковины в размерах за счет отека и инфильтрации, кожа гиперемирована. По наружному краю завитка в верхней трети под гнойной корочкой – свищевое отверстие. Пальпация ушной раковины резко болезненна. Мочка уха не изменена. Восприятие ШР 6 м. Другие ЛОР органы без изменений.

Анализ крови: лейкоциты $12,8 \cdot 10^9$ /л., СОЭ 26 мм/час.

Задание:

О каком осложнении среднего отита можно думать?

Определите лечебную тактику в данном случае.

Ситуационная задача № 34

Больной 32 лет через час после вымывания серной пробки из левого уха раствором фурацилина почувствовал зуд, боль в левом ухе, понижение слуха, заметил припухлость ушной раковины, появились обильные выделения из наружного слухового прохода. Через три часа отек распространился на окружающие ткани.

При осмотре: левая ушная раковина резко отечна, окружающие ткани пастозны. Наружный слуховой проход имеет вид узкой щели, отделяемое водянистое. Другие ЛОР органы не изменены.

Анализ крови: Нб – 118 г/л, эритроциты – $3,8 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоциты – $6,4 \cdot 10^9$ /л, п.- 2, э.- 12, с.- 44, л.- 39, м.- 3, СОЭ – 16 мм/час.

Задание:

Поставьте диагноз.

Определите лечебную тактику в данном случае.

Ситуационная задача № 35

К врачу общей практики, обратилась больная А., 10 лет, с жалобами на боль в правом ухе, понижение слуха на это ухо, головную боль, недомогание. Со слов матери, девочка больна второй день, ночью практически не спала из-за сильных болей в ухе. Ранее ухо не болело. Объективно: температура тела – 38°C, заушная область справа не изменена, пальпация ушной раковины и козелка – безболезненны. При осмотре правого уха с помощью отоскопа – гиперемия барабанной перепонки, ШР на правое ухо 3 м, на левое – 6 м.

Задание:

Поставьте предварительный диагноз.

Определите тактику врача общей практики в данном случае.

Какое лечение целесообразно в данном случае?

Ситуационная задача № 36

На прием к ЛОР врачу обратилась пациентка 38 лет с жалобами на снижение слуха на правое ухо, которое появилось на фоне риносинусита 3 недели назад, ощущение переливания жидкости в ухе, отсутствие болей. При риноскопии слизистая оболочка носа розовая, секрета в носовых ходах нет, дыхание через нос свободное. При отоскопии барабанные перепонки серые, справа за перепонкой просвечивает уровень жидкости. Слуховая труба справа при продувании по Политцеру не проходима. Слух: ШР на правое ухо 1 м, на левое 6 м.

Задание:

Поставьте диагноз.

Укажите возможные причины данного состояния

Каким исследованием можно подтвердить его?

Что можно предпринять для лечения данного состояния?

Ситуационная задача № 37

Пациент 29 лет жалуется на умеренные боли в левом ухе, выделения из него гнойного характера без запаха, снижение слуха на это ухо. Подобные жалобы беспокоят с 5 лет после перенесенного отита.

Объективно: заушная область спокойная, наружный слуховой проход заполнен гноем, после его удаления видна гиперемированная и отечная барабанная перепонка, перфорация размером 2 мм в задне-нижнем отделе. Другое ухо без патологии.

Задание:

Поставьте диагноз

Определите лечебную тактику в данном случае.

Ситуационная задача № 38

Пациент 19 лет жалуется на скудные выделения из левого уха гнойного характера с неприятным гнилостным запахом, иногда с примесью крови, снижение слуха на это ухо. Подобные жалобы беспокоят много лет.

Объективно: левая заушная область спокойная, наружный слуховой проход содержит небольшое количество гнойно-геморрагического секрета, после его удаления видны нижние отделы барабанной перепонки, перфорация в задне-верхнем отделе размером 4 мм, вокруг нее сочные грануляции, при пальпации зондом кровоточат, вход в аттик сужен, при его промывании выделяются белые эпидермальные массы в большом количестве. Другое ухо без патологии. Слух на правое ухо: ШР 6 м, на левое ШР не слышит, РР 2 м.

Задание:

Поставьте диагноз

Определите лечебную тактику в данном случае.

Ситуационная задача № 39

Пациентка 37 лет жалуется на снижение слуха на левое ухо. В течение многих лет отмечала гнойные выделения из уха, последние 6 месяцев после оперативной коррекции носовой перегородки выделений нет.

Объективно: левая заушная область спокойная, наружный слуховой проход свободен, барабанная перепонка серая, перфорация размером 2 мм в центре. Другое ухо без патологии. Слух на правое ухо: ШР 6 м, на левое ШР 2 м, РР 6 м.

Задание:

Поставьте диагноз

Определите степень тугоухости.

Определите лечебную тактику в данном случае.

Ситуационная задача № 40

У больного 16 лет, страдающего хроническим гнойным средним отитом на фоне обострения появились жалобы на головокружение (ощущение вращения предметов вокруг него), тошноту, рвоту, неуверенность при ходьбе.

При вестибулометрии: в позе Ромберга отклоняется влево, координационные пробы нарушены слева – промахивание и интенционное дрожание, спонтанный крупноразмашистый ротаторный нистагм 2 степени влево, направление падения не зависит от положения головы.

Слух на левое ухо - 1 м шепотной речи, на правое – 6 м.

Задание:

Поставьте предварительный диагноз.

Что нужно сделать для его уточнения?

Определите лечебную тактику в данном случае.

Ситуационная задача № 41

У больного возрастом 42 лет на 5-й день после возникновения насморка появился шум, ощущение закладки и проведение собственного голоса в уши, двустороннее снижение слуха. Иногда при глотании, зевке большой вдруг начинает хорошо слышать, но через минуту слух снова ухудшается.

Объективно: барабанные перепонки серого цвета, мутные, втянутые; ШР воспринимается из расстояния 3м, разговорная - с 6м.

Задание:

1. Опишите признака втянутости барабанной перепонки.

2. Поставьте диагноз.

3. Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 42

Больной, возрастом 36 лет, обратился к оториноларингологу с жалобами на шум, снижение слуха на правое ухо, ощущение закладывания, резонанса собственного голоса, переливание жидкости в нем при поворотах головы, при этом часто наблюдается кратковременное улучшение слуха. Считает себя больным на протяжении 1-го месяца. Заболевание связывает с возникновением аллергического ринита.

Передняя риноскопия: слизистая оболочка раковин носа бледная, покрытая прозрачным секретом, плотная при пальпации шариковым зондом.

Отоскопия: барабанные перепонки серого цвета, мутные, выпячены, распознавательные пункты не определяются.

ШР воспринимается обоими ушами из расстояния 2.5м, разговорный язык - с 6м. Пройодимость слуховой трубы III степени. Катетеризация слуховой трубы, транстубарное введение протеолитических ферментов (химотрипсин) не привели к уменьшению выпячивания барабанных перепонок.

Задание:

1. О каком заболевании можно думать?

2. Почему катетеризация слуховой трубы, транстубарное введение протеолитических ферментов не привели к уменьшению выпячивания барабанных перепонок?

3. Что еще нужно сделать для уменьшения выпячивания барабанных перепонок?

Ситуационная задача № 43

К врачу-оториноларингологу обратился больной З., возрастом 35 лет, с жалобами на ощущение шума, заложенности, незначительного снижения слуха, иногда резонанс собственного голоса в ушах. Две недели назад перенес острый

катаральный ринит.

Отоскопическая картина: барабанная перепонка втянута, темно-серого цвета. Результаты аудиометрического исследования (пороговая тональная аудиограмма): восприятие звуков по костной проводимости не затронуто, по воздушной проводимости - повышении пороги в зоне языковых частот до 40 дБ.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Назовите этиологические факторы этой патологии?
3. Механизм и последовательность развития заболевания.
4. Лечение (общие принципы).

Ситуационная задача № 44

У больной А., 45 лет, на 5-й день насморка появилось незначительное снижение остроты слуха, ощущение заложенности ушей. Еще через 5 дней ощутила полноту и переливание жидкости в ухе, периодическое снижение слуха (при наклоне головы вперед слух улучшался, в положении на спине - ухудшался). В дальнейшем ощущение перемещения жидкости исчезло, снижение остроты слуха и "заложенность" ушей носило постоянный характер.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Как называется периодическое изменение ухудшения и улучшения остроты слуха? С чем это связано?
3. Чем можно объяснить постоянную заложенность ушей и снижение остроты слуха в дальнейшем?
4. Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 45

В ЛОР-стационар обратился больной 50 лет с жалобами на гнойные выделения с неприятным запахом из правого уха, понижение слуха на это ухо, асимметрию лица, развивающуюся в течение последующих суток. В анамнезе: периодическое гноетечение из правого уха на протяжении 20 лет. Лечился не регулярно. Объективно: правый глаз не закрывается, сглажена носогубная складка справа, правый угол рта опущен; выявляется слабость мимической мускулатуры на этой половине лица. Отоскопия: в наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с неприятным запахом, краевой дефект барабанной перепонки, в барабанной полости белого цвета крошковидные массы. Острота слуха: шепотная речь - 0,25м, разговорная речь - 1,5м.

Задание:

поставьте диагноз, определите лечебную тактику, объясните причины пареза лицевого нерва.

Раздел 6. Отогенные и риногенные внутричерепные осложнения.

Тестовые задания с эталонами ответов

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10)

1. Назовите пути распространения инфекции при риногенных осложнениях.

- А) Контактный
- Б) Гематогенный
- В) Лимфогенный
- Г) Периневральный
- Д) тубарный

2. Назовите риногенные внутричерепные осложнения.

- А) Арахноидит
- Б) Экстадуральный абсцесс
- В) Субдуральный абсцесс
- Г) Тромбоз поперечного синуса

3. Перечислите основные симптомы абсцесса мозга.

- А) Головная боль
- Б) Субфебрильная лихорадка
- В) Очаговая неврологическая симптоматика
- Г) Менингеальные знаки

4. О каком заболевании можно думать, если у больного, страдающего с детства гноетечением из уха и понижением слуха, появились жалобы на постоянную головную боль, быструю утомляемость, пониженный аппетит, запоры. При обследовании выявлен эпигимпанит, брадикардия, амнестическая афазия:

- А) Отогенный менингит
- Б) Абсцесс височной доли мозга
- В) Лабиринтит
- Г) Базальный лептоменингит

Д) Хронический эпителимпанит

5. Главное первоочередное лечебное мероприятие у больных с отогенными внутричерепными осложнениями:

- А) Срочное вмешательство на височной кости больного уха
- Б) Массивная антибактериальная терапия
- В) Дегидратация
- Г) Физиотерапия
- Д) Гипосенсибилизирующая терапия

6. Может ли отогенный арахноидит развиваться после операции на полостях среднего уха

- А) Да
- Б) Нет

7. Перечислите риногенные внутричерепные осложнения:

- 1) абсцесс затылочной доли, тромбоз кавернозного синуса, менингит;
- 2) абсцесс лобной доли, тромбоз кавернозного синуса, менингит;
- 3) абсцесс лобной доли, тромбоз сигмовидного синуса, менингит;
- 4) абсцесс лобной доли, тромбоз сигмовидного и кавернозного синусов, менингит;
- 5) абсцессы лобной и затылочной долей, тромбоз сигмовидного синуса, менингит.

8. Какой воспалительный процесс придаточных пазух носа чаще всего является причиной риногенных интракраниальных осложнений:

- 1) обострение хронического воспаления околоносовых пазух;
- 2) острый синусит;
- 3) мукоцеле придаточной пазухи носа;
- 4) аллергический риносинусит.

9. Риногенным внутричерепным осложнением является тромбоз:

- 1) кавернозного синуса;
- 2) верхнего сагиттального синуса;
- 3) сигмовидного синуса;
- 4) верхнего каменистого синуса;
- 5) прямого синуса.

10. Какие основные изменения в спинномозговой жидкости не встречаются при отогенном гнойном менингите:

- 1) высокое давление
- 2) цвет – мутный
- 3) плеоцитоз
- 4) повышенное содержание белка
- 5) пониженное количество белка

11. Прогноз при отогенном менингите не зависит от:

- 1) от своевременного радикального хирургического вмешательства
- 2) от последующей консервативной терапии
- 3) от патогенности микрофлоры
- 4) от количества белка в ликворе
- 5) от чувствительности микрофлоры к антибиотикам

12. В течении отогенных абсцессов мозга и мозжечка различают стадии:

- 1) Разрешения
- 2) Начальную
- 3) Скрытую
- 4) Явную
- 5) Терминальную

13. Общемозговой симптом, который входит в гипертензионный синдром при отогенных абсцессах мозга и мозжечка?

- 1) нестерпимая головная боль
- 2) тахикардия
- 3) тошнота, рвота

- 4) ригидность затылочных мышц
- 5) симптомы Кернига, Брудзинского

14. Симптом, не характерный для отогенного сепсиса:

- 1)тяжелое общее состояние больного
- 2)нарушение сознания
- 3)потрясающий озноб
- 4)проливные поты
- 5)повышение артериального давления

14. Для отогенного сепсиса характерны симптомы:

- 1)тяжелое общее состояние больного
- 2)нарушение сознания
- 3)потрясающий озноб
- 4)проливные поты
- 5)повышение артериального давления
- 6) ригидность затылочных мышц

15. Какой синус поражается при отогенном синустромбозе чаще других:

- 1) пещеристый
- 2)верхний продольный
- 3)кавернозный
- 4) сигмовидный
- 5) нижний продольный

16. К отогенным внутричерепным осложнениям относится

- 1) лабиринтопатия.
- 2) вестибулопатия.
- 3) отосклероз.
- 4) тромбоз сигмовидного синуса.

17. Экстрадуральный абсцесс возникает чаще

- 1) при хроническом гнойном мезотимпаните.
- 2) при обострении хронического гнойного эптитимпанита.
- 3) при остром гнойном среднем отите.
- 4) при наружном среднем отите.

18. Отогенный менингит чаще встречается

- а) при эптитимпаните
- б) при мезотимпаните
- в) при остром гнойном среднем отит.
- г) евстахеит.
- д) при обострении хронического среднего отит.

19. При отогенном менингите состояние больного:

- 1) средней тяжести
- 2) очень тяжелое
- 3) удовлетворительное

20. Абсцесс мозга лучше дифференцируется в стадиях:

- 1) начальной
- 2) латентной
- 3) явной+
- 4) терминальной

21. Отогенный абсцесс мозга чаще развивается:

- 1) в височной доле
- 2) в затылочной доле.
- 3) в теменной.
- 4) в мозжечке.
- 5) затылочно-теменной.

22. Отогенный сепсис чаще развивается

- 1) при абсцессе мозга
- 2) при абсцессе мозжечка
- 3) при абсцессе мозжечка и головного мозга
- 4) при тромбозе синуса

23. Основную роль для постановки диагноза отогенного или риногенного менингита играет:

- 1) отоскопия
- 2) рентгенография сосцевидного отростка
- 3) общий анализ крови
- 4) спинномозговая пункция

24. Цвет и давление спинномозговой жидкости при пункции при отогенном, риногенном менингите:

- 1) давление повышено
- 2) давление понижено
- 3) давление нормальное
- 4) цвет бесцветный
- 5) цвет мутный

25. Основным методом лечения при отогенном менингите:

- а) антибактериальная терапия
- б) дезинтоксикационная терапия
- в) физиотерапия
- г) физиотерапия и антибактериальная терапия
- д) общеполостная операция на ухе с одновременной антибактериальной терапией

26. При своевременном лечении отогенного менингита исход:

- 1) выздоровление
- 2) неблагоприятный
- 3) переход в рецидивирующую форму
- 4) развитие абсцесса мозга

27. Основным симптомом при отогенном абсцессе мозжечка является:

- 1) головная боль
- 2) головокружение
- 3) тошнота
- 4) рвота
- 5) адиадохокинез

28. Характерный признак отогенного абсцесса левой височной доли мозга:

- 1) головная боль
- 2) тошнота, рвота
- 3) атаксия
- 4) амнезия
- 5) афазия

29. Основное лечение отогенного абсцесса мозжечка:

- 1) антибактериальная терапия
- 2) физиотерапия
- 3) дегидратирующая терапия
- 4) внутриаартериальное введение антибиотиков
- 5) общеполостная операция, вскрытие абсцесса мозжечка с последующей антибактериальной терапией

30. Отогенный сепсис проявляется

- 1) потерей сознания
- 2) высокой температурой
- 3) гектической температурой
- 4) тошнотой, рвотой
- 5) атаксией

31. Развитие тромбоза синуса связано с:

- 1) попаданием инфекции в ток венозной крови синуса
- 2) с менингитом
- 3) с абсцессом мозга

- 4) с абсцессом мозжечка
- 5) перисинуозным абсцессом мозга

32. Отогенный арахноидит развивается чаще:

- а) при остром отите
- б) при хроническом мезотимпаните
- в) при хроническом эптитимпаните
- г) после менингита
- д) после радикальной операции

33. Тактика врача в случае, если острый гнойный средний отит осложняется менингитом:

- 1) усилить противовоспалительную терапию
- 2) произвести парацентез
- 3) произвести антротомию
- 4) произвести парацентез и антротомию
- 5) произвести антростапидотомию

34. При отогенном разлитом гнойном менингите ликвор:

- 1) мутный, давление повышенное, увеличено количество клеток и белка, повышено количество сахара и хлоридов
- 2) мутный, давление повышенное, увеличено количество клеток белка, снижено количество сахара, хлоридов
- 3) прозрачный, давление повышенное, количество клеток и белков в норме, выпадает фибриная пленка в отстоявшемся ликворе
- 4) мутный, давление повышенное, увеличено количество клеток
- 5) прозрачный, давление в пределах нормы, увеличено количество белка, снижено количество хлоридов и сахара

35. Гной при экстрадуральном абсцессе скапливается:

- 1) Между внутренней костной пластинкой черепа и твердой мозговой оболочкой
- 2) Между твердой мозговой оболочкой и веществом мозга
- 3) Внутри вещества мозга
- 4) Под оболочкой сигмовидного синуса
- 5) За оболочкой синуса

36. Каким путем не распространяются отогенные внутричерепные осложнения:

- 1) Контактным
- 2) Гематогенным
- 3) Через внутренний слуховой проход
- 4) Воздушно-капельным
- 5) Водопроводы улитки

37. Какие общемозговые симптомы не входят в гипертензионный синдром при отогенных абсцессах мозга и мозжечка:

- 1) Нестерпимая головная боль
- 2) Брадикардия. Застойные соски зрительных нервов
- 3) Тошнота, рвота
- 4) Ригидность затылочных мышц
- 5) Амнестическая афазия

38. Пути распространения отогенных внутричерепных осложнений:

- 1) Контактным
- 2) Гематогенным
- 3) Через внутренний слуховой проход
- 4) Воздушно-капельным
- 5) Водопроводы улитки

39. При каком внутричерепном осложнении возникает ремиттирующая лихорадка:

- 1) тромбоз сигмовидного синуса
- 2) отогенный менингит
- 3) риногенный абсцесс мозжечка
- 4) риногенный менингит
- 5) абсцесс лобной доли мозга.

40. Статокинетические нарушения при абсцессе лобной доли мозга развиваются вследствие:

- 1) поражение перекрестных путей продолговатого мозга?
- 2) поражение вестибулярного аппарата
- 3) поражение центральных путей, связывающих лобные доли с мозжечком.
- 4) лабиринтит
- 5) раздражение рецепторов отолитового аппарата.

41. Метод диагностики абсцессов мозга:

- 1) R-графия по Стенверсу
- 2) R-графия по Шулеру
- 3) ангиография
- 4) электроэнцефалография
- 5) компьютерная томография

42. Какой синус поражается при риногенном сепсисе:

- 1) кавернозный
- 2) сигмовидный
- 3) верхний сагиттальный
- 4) нижний сагиттальный
- 5) поперечный.

43. Очаговые проявления риногенного абсцесса лобной доли мозга:

- 1) отек век
- 2) гиперемия конъюнктивы
- 3) амнезия
- 4) частые смены настроения, недооценка своего состояния
- 5) болезненность при пальпации лобной пазухи

44. Наиболее достоверный симптом риногенного менингита:

- 1) Головная боль
- 2) Менингеальные знаки
- 3) Слезотечение
- 4) Тахикардия
- 5) нарушение зрения

45. Риногенные внутричерепные осложнения в передней черепной ямке возникают чаще всего при заболевании придаточных пазух носа:

- 1) лобных
- 2) решетчатых
- 3) верхнечелюстных
- 4) основных
- 5) клиновидных

46. Риногенные внутричерепные осложнения в средней черепной ямке возникают чаще всего при заболевании придаточных пазух носа:

- 1) лобных
- 2) верхнечелюстных
- 3) решетчатых
- 4) клиновидных

47. При каком менингите может быть ремитирующая лихорадка:

- 1) отогенном
- 2) риногенном
- 3) отогенном и риногенном
- 4) при присоединении абсцесса мозга
- 5) при менингите, явившемся осложнением тромбоза мозговых синусов

48. Изменения спинномозговой жидкости, которые не характерны для отогенного и риногенного гнойного менингита:

- 1) высокое давление
- 2) цвет - мутный
- 3) цитоз за счет лимфоцитов
- 4) повышенное содержание белка

5) при посевах - гнойная микрофлора

49. Тромбофлебит пещеристого синуса не развивается при:

- 1) гнойных заболеваниях решетчатого лабиринта
- 2) сфеноидите
- 3) гайморите
- 4) фурункулах верхней половины лица
- 5) флегмонозном ларингите

50. Тромбофлебит и тромбоз пещеристого синуса наиболее часто может развиваться при эмпиеме:

- 1) верхнечелюстной пазухи
- 2) лобной пазухи
- 3) решетчатой пазухи
- 4) клиновидной пазухи
- 5) сигмовидного синуса

Ситуационные задачи с эталонами ответов

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

Ситуационная задача № 1

Больной 32 лет доставлен родственниками в приемный покой ЦРБ, дежурным врачом терапевтом после обследования больного установлен предварительный диагноз: отогенный менингит и приглашен оториноларинголог. Объективно: состояние больного тяжелое, несколько заторможен, была однократная рвота. Температура тела 37,4оС, пульс – 68 уд. В мин., АД – 120/80 мм. рт. ст. Ригидность мышц затылка. Все менингеальные знаки положительны. Нос, глотка без особенностей. Уши - справа барабанная перепонка рубцово изменена, слева – гной в слуховом проходе, центральная перфорация барабанной перепонки, грануляции. Больной взят на санлирующую радикальную операцию на левом ухе. Операционные находки: умеренный склероз сосцевидного отростка. Антрум свободный, разрушений и патологического содержимого нет. После операции состояние больного ухудшилось. По линии санитарной авиации приглашен консультант.

ВОПРОСЫ:

1. Выделите синдром, скомпоновав их из имеющихся симптомов.
2. При каких заболеваниях оно может развиваться?
3. Какие обследования нужно провести для разграничения этих заболеваний?

Эталон ответа

1. Синдром поражения оболочек мозга.
2. Менингиты любой этиологии (менингококковый, туберкулезный).
3. Исследования спинномозговой жидкости. КТ, МРТ.

Ситуационная задача № 2

Больной К., 27 лет, доставлен бригадой «скорой помощи» в ЛОР-отделение с жалобами на сильную головную боль в лобной области справа, повышение температуры тела до 39,4 градусов Цельсия, слабость, недомогание, снижение носового дыхания, гнойные выделения из правой половины носа, боль в правом глазу и закрытие глазной щели отечными веками. Из анамнеза: ухудшение состояния наступило после перенесенного гриппа.

Объективно: больной ослаблен, кожные покровы бледные, влажные, тахикардия 105 ударов в минуту, пульс ритмичный. При наружном осмотре отмечается гиперемия, отек и инфильтрация тканей верхнего века, экзофтальм, при пальпации глаза – резкая болезненность, глаз закрыт полностью, подвижность глазного яблока справа ограничена. При передней риноскопии: слизистая оболочка полости носа гиперемирована, отечна, в среднем носовом ходе – гнойное отделяемое. На рентгенограмме околоносовых пазух отмечается снижение пневматизации правой верхнечелюстной пазухи, правого решетчатого лабиринта, правой лобной пазухи.

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какие исследования необходимо провести для подтверждения Вашего диагноза?
3. Определите лечебную тактику.

Эталон ответа:

1. Острый гнойный гемисинусит справа, осложненный флегмоной орбиты.
2. Консультации окулиста и невролога, диагностическая пункция правой верхнечелюстной пазухи и зондирование лобной пазухи справа.
3. Срочное хирургическое лечение – гайморофронтотомидотомия справа, орбитотомия справа. В послеоперационном периоде антибактериальная, дегидратационная и дезинтоксикационная терапия.

Ситуационная задача № 3

В больницу вызван психиатр для консультации больной с психомоторным возбуждением. Не выявив психического заболевания, он назначил консультацию невропатолога и окулиста, которые констатировали явления внутричерепной гипертензии, правосторонний гемипарез, нарушение речи (не помнит понятия и названия

предметов), начинающийся застой соска левого зрительного нерва. Увидев в истории болезни запись о наличии у больной хронического среднего отита, невропатолог направил пациентку в ЛОР отделение, где ей было произведено срочное оперативное вмешательство.

ВОПРОСЫ:

Как называется выявленное у больной нарушение речи?

Поставьте предварительный диагноз.

Обоснуйте необходимость срочной операции и предоперационные обследования.

Каков на Ваш взгляд объем оперативного вмешательства?

Ситуационная задача № 4

Пациент 38 лет жалуется на резкую головную боль, раздражает яркий свет, звуки. Болеет хроническим отитом с детства, периодически гноетечение из левого уха, последнее обострение 3 недели назад. Боли в ухе сменились резкими болями в заушной области, затем по всей голове, была рвота, не связанная с приемом пищи. Температура тела 38°C.

Объективно: Лежит на боку, ноги согнуты, голова запрокинута. Резкая ригидность затылочных мышц. Положительные симптомы Кернига, Брудзинского. В левом наружном слуховом проходе выявлен обтурирующий полип, гнойные выделения с гнилостным запахом.

ВОПРОСЫ:

Поставьте предварительный диагноз.

Какой план диагностических мероприятий?

Какова лечебная тактика?

Ситуационная задача № 5

Больной Ж., 42 лет жалуются на сильную боль в левой половине головы, усилившуюся в последние 2 дня, отсутствие аппетита, повторяющиеся приступы тошноты, рвоты, не связанные с приемом пищи. Из анамнеза известно, что с детства страдает заболеванием левого уха с понижением слуха. Периодически при переохлаждении появляется гноетечение из уха, иногда беспокоят боли в левом ухе. Полгода назад во время обострения отита больной отмечал головокружение, тошноту и резкое снижение слуха на левое ухо, сохраняющееся до настоящего времени. На момент осмотра: кожные покровы бледные с землистым оттенком. Язык обложен. Пульс 48 ударов в минуту. Больной вял, слезлив, заторможен, не может правильно назвать показываемый ему предмет, не понимает обращенной к нему речи, не выполняет задание. Речь нарушена: многословен, не правильно строит предложения, неверно произносит отдельные слова. Определяются лёгкая ригидность затылочных мышц, положительный симптом Бабинского и легкое повышение глубоких рефлексов справа. При отоскопии: AS - умеренное количество гнойного отделяемого в слуховом проходе, после проведения туалета уха определяется дефект барабанной перепонки в верхнезаднем квадранте, через которые видны сочные грануляции. Сохранённые отделы барабанной перепонки умеренно гиперемированы. Пальпация области *planum mastoideum* слева болезненна. Спинно-мозговая жидкость при пункции мутная, вытекает под давлением.

Клинический анализ крови: Эритроциты – $4,9 \times 10^{12}/л$; Гемоглобин – 150 г/л; Тромбоциты – $240 \times 10^9/л$; Лейкоциты общее количество – $12,8 \times 10^9/л$; Базофилы-0%; Эозинофилы-4%; Нейтрофилы палочкоядерные-8%; Нейтрофилы сегментоядерные-80%; Моноциты- 4%; Лимфоциты-21%; СОЭ-28 мм/ч. Тональная аудиограмма прилагается.

ВОПРОСЫ:

1. Поставьте больному диагноз.

2. Проведите дифференциальную диагностику.

3. Какие дополнительные исследования и консультации следует провести больному, для постановки окончательного диагноза.

4. Составьте план комплексного лечения.

5. Перечислите возможные осложнения.

Ситуационная задача № 6

Больная 20 лет доставлена в стационар в тяжелом состоянии. Со слов родителей установлено, что неделю назад у нее на фоне острого насморка появились боли в левом ухе, снизился слух, повысилась температура тела. Через 3 дня начала жаловаться на головную боль разлитого характера, интенсивность которой быстро нарастала. Температура тела высокая. Еще через 2 дня общее состояние значительно ухудшилось, потеряла сознание.

Объективно: при поступлении общее состояние — тяжелое, сознание отсутствует. Температура тела — 39,6 °С. Пульс — 110 уд./мин, ритмичный, не напряжен. Выражена ригидность мышц затылка, симптом Кернига положительный с обеих сторон. Выражены верхний, средний и нижний симптомы Брудзинского.

Левое ухо: ушная раковина не изменена, сосцевидный отросток болезненный при пальпации, мягкие ткани пастозны. Слуховой проход несколько сужен за счет инфильтрации верхне-задней стенки. Барабанная перепонка гиперемирована, выпячена. Правое ухо без изменений. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, раковины отечны, выделения слизисто-гнойные. Другие ЛОР-органы без патологий.

Проведена спинномозговая пункция. Жидкость через иглу вытекает струей, мутная. Анализ спинномозговой жидкости: плеоцитоз — 1200/3, преобладают нейтрофилы, белок — 0,4 г/л, глюкоза — 1,5 ммоль/л, хлориды — 100 ммоль/л.

Анализ крови: лейкоциты — $18,0 \times 10^9/\text{л}$, базофилы — 1 %, эозинофилы — 5 %, палочкоядерные — 22 %, сегментоядерные — 47 %, лимфоциты — 19 %, моноциты — 6 %, СОЭ — 47 мм/ч.

Глазное дно: диски зрительных нервов увеличены в диаметре, резко отечны, вены расширены, артерии узкие.

ВОПРОСЫ:

Какой диагноз?

На основании каких признаков он поставлен?

Составьте план лечения больной.

Ситуационная задача № 7

Больной 38 лет с детского возраста страдает левосторонним хроническим эпитимпанитом. Периодически лечился амбулаторно. После лечения гноетечение из уха прекращалось только на короткое время. Две недели назад на фоне острого респираторного заболевания появились боли в левом ухе, увеличилось количество гнойных выделений. В дальнейшем начала беспокоить головная боль с локализацией в левом полушарии. Интенсивность болей нарастала, появилась тошнота, временами рвота, не зависящая от приема пищи и не облегчающая состояние больного. Доставлен в ЛОР-клинику.

Объективно: общее состояние тяжелое, заторможен. На вопросы отвечает медленно. Не может назвать знакомый предмет. При просьбе дать название карандашу говорит, что это «то, чем пишут», название ложки — «то, чем едят» и т. д. Температура тела — $39,6^\circ\text{C}$. Пульс — 52 уд./мин. Птоз справа. Свисает угол рта с этой же стороны. Лоб морщит с обеих сторон. Глазное дно: диск левого зрительного нерва увеличен в диаметре, отечен, вены его расширены, извиты, артерии узкие; справа глазное дно без особенностей. Менингеальные симптомы отсутствуют. Спинальная пункция: жидкость прозрачная, давление ее не повышено. Плеоцитоз — 130/3, преобладают нейтрофилы; белок — 3,5 ммоль/л. Анализ крови: лейкоциты — $18,0 \times 10^9/\text{л}$, эозинофилы — 3 %, палочкоядерные — 10 %, сегментоядерные — 50 %, лейкоциты — 30 %, моноциты — 7 %, СОЭ — 56 мм/ч.

Левое ухо: ушная раковина не изменена, область сосцевидного отростка болезненна при пальпации, мягкие ткани пастозны, слуховой проход сужен за счет инфильтрации верхне-задней его стенки, много сливкообразного гноя, барабанная перепонка инфильтрирована, с большим дефектом в верхних квадрантах. Другие ЛОР-органы без особенностей. На рентгенограмме сосцевидного отростка левого уха ячейки не дифференцируются.

ВОПРОСЫ:

Поставьте диагноз.

На основании каких признаков вы это сделаете?

Какие необходимы дополнительные методы обследования.

Составьте план лечения.

Ситуационная задача № 8

Больной доставлен в клинику с жалобами на головную боль, повышение температуры тела до 39°C , озноб, боль в левом ухе и гнойные выделения из него, снижение слуха. Из анамнеза выяснено, что гноетечение из уха продолжается с детства. Лечился нерегулярно. 5 дней назад появились боль в левом ухе и головная боль, усилилось гноетечение, в течение 2 дней были ознобы. Состояние больного средней тяжести, кожный покров с землистым оттенком. Пульс 94 удара в минуту, ритмичный. Температура тела 38°C . Отоскопия: в наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с запахом, барабанная перепонка гиперемирована, краевой дефект ее в задне-верхнем квадранте, через который видны грануляции. Сосцевидный отросток не изменен, болезненность при пальпации по заднему краю его. Шепотную речь воспринимает левым ухом с 0,5 м, разговорную — 1 м. Анализ крови -лейкоцитов — $18 \times 10^9/\text{л}$.

Поставьте диагноз, определите лечебную тактику.

Ответ. Обострение левостороннего хронического гнойного среднего отита (эпитимпанита) с грануляциями, осложненного тромбозом сигмовидного синуса. Лечение хирургическое — срочная радикальная операция левого уха со вскрытием задней черепной ямки и ревизией сигмовидного синуса.

Ситуационная задача № 9

Больного беспокоит гноетечение из уха, головная боль, рвота, высокая температура, сознание спутанное, судороги. Ухо болит несколько лет. При осмотре в наружном слуховом проходе гнойные выделения. Барабанная перепонка разрушена. Неврологически: ригидность затылочных мышц, двусторонний положительный симптом Кернига.

Диагноз? Принципы лечения?

Ответ: Хронический гнойный эпитимпанит. Отогенный менингит. Лечение — экстренная расширенная радикальная (общеполостная) операция на ухе, после предоперационной подготовки. В послеоперационном периоде — обязательное нахождение больного в палате интенсивной терапии с постоянным мониторингом, антибактериальная терапия (минимум два антибиотика широкого спектра, проникающих через гематоэнцефалический барьер), дезинтоксикационная терапия (инфузионная терапия, методы экстракорпоральной детоксикации), нормализация микроциркуляции и перфузии органов и тканей, борьба с нарушениями органов и систем (ИВЛ, диализ).

Ситуационная задача № 10

В ЛОР-отделение доставлен больной в тяжёлом состоянии, заторможен, на вопросы отвечает с трудом. Жалуется на сильную головную боль, гноетечение из левого уха. Температура $38,5^\circ\text{C}$. Со слов сопровождающих установлено, что

гноетечением из уха страдает с детства. Последние две недели простуды возникла умеренная боль в левом ухе, увеличилось количество выделений из него, повысилась температура до 37,5С. Не лечился. Вчера вечером появилась головная боль, повысилась температура, ухудшилось общее состояние, наблюдались кратковременные периоды потери сознания.

Отоскопически: в левом наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с неприятным запахом, барабанная перепонка гиперемирована, в её задневерхнем квадранте имеется краевая перфорация, через которую определяется холестеатома. Выражена ригидность затылочных мышц, симптом Кернига положителен с обеих сторон. Глазное дно без особенностей.

Каков диагноз? Определите план обследования для уточнения диагноза.

Ответ: Левосторонний хронический гнойный эпитимпанит, осложнённый вторичным гнойным менингитом. Рентгенография височных костей по Шюллеру, Майеру. Люмбальная пункция с исследованием ликвора. Осмотр невропатолога. Клинический анализ крови.

Ситуационная задача № 11

Гноетечение из левого уха больного беспокоит много лет. Несколько дней назад появились боль в ухе и озноб с последующим подъемом температуры до 40° С, увеличилось количество отделяемого из уха. При осмотре больной бледен, температура 37,4° С, пульс – 90 ударов в 1 мин. В наружном слуховом проходе гной с запахом. Барабанная перепонка почти полностью разрушена, на медиальной стенке барабанной перепонки грануляции. По заднему краю сосцевидного отростка болезненная инфильтрация мягких тканей.

Диагноз? Лечение?

Ответ: Левосторонний хронический гнойный эпитимпанит. Подозрение на тромбоз сигмовидного синуса. Лечение – после проведения предоперационной подготовки, экстренная расширенная радикальная операция. Пункция сигмовидного синуса, при обнаружении в нем тромба его удаление. В послеоперационном периоде – обязательное нахождение больного в палате интенсивной терапии с постоянным мониторингом, антибактериальная терапия (минимум два антибиотика широкого спектра, проникающих через гематоэнцефалический барьер), дезинтоксикационная терапия (инфузионная терапия, методы экстракорпоральной детоксикации), нормализация микроциркуляции и перфузии органов и тканей, борьба с нарушениями органов и систем (ИВЛ, диализ).

Ситуационная задача № 12

Поступил больной с жалобами на головную боль, гнойное отделяемое из правой половины носа в течение 12 дней и озноб в последние 2-3 дня.

Объективно: справа хемоз, птоз,экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока. При передней риноскопии определяется гной в правом среднем носовом ходе. При пальпации область передней стенки правой гайморовой пазухи болезненна.

На рентгенограмме — затенение правой гайморовой пазухи.

Поставьте диагноз.

Ответ: Правосторонний гнойный гайморит. Флегмона орбиты.

Ситуационная задача № 13

У больного 36 лет через день после того, как он выдавил гнойный стержень фурункула на крыле носа слева, ухудшилось общее состояние. Появились сильный озноб, обильное потоотделение, гектическая температура (с перепадами до 3С в течение дня), сильная головная боль. Местно в окружности крыла носа, где находится фурункул, - отек и инфильтрация мягких тканей, распространившиеся на область щеки и губы слева.

Какое осложнение можно заподозрить? Какой должна быть тактика врача?

Ответ: Тромбоз кавернозного синуса, риногенный сепсис. Вскрытие фурункула для обеспечения дренажа. Мощное антибактериальное лечение, дегидратация, детоксикация, витаминотерапия, иммуномодуляторы, гемосорбция, применение антикоагулянтов, УФО аутокрови.

Ситуационная задача № 14

Больная 24 лет, штукатур-маляр по профессии, в обеденный перерыв в зеркале увидела формулирующийся фурункул на внутренней поверхности левого крыла носа и попыталась выдавить содержимое. К вечеру температура повысилась до 38С, появились озноб, рвота, не связанная с приёмом пищи, нарастающая головная боль разлитого характера. Утром обнаружила инфильтрат и гиперемию кожи щеки и левого крыла носа. Повторно была рвота, также не связанная с приёмом пищи. Через сутки на фоне нарастающих явлений общей интоксикации развился экзофтальм с противоположной стороны, выявлена неподвижность глазных яблок при сохранении остроты зрения.

Каков диагноз? Каков механизм описанного явления? Что следует думать?

Ответ: Фурункул носа, тромбоз кавернозного синуса. Описанное состояние явилось следствием тромбоза глазных и угловых вен. Необходимо вскрытие фурункула, проведение антибактериального, дезинтоксикационного, дегидратационного лечения, введение антикоагулянтов.

Ситуационная задача № 15

У больного 19 лет развился фурункул носа, к врачу он обратился через три дня, когда появились разлитая инфильтрация мягких тканей боковой поверхности носа и подглазничной области справа, гектическая температура,

сопровождающаяся потрясающими ознобами. При осмотре выявлены затруднение отведения правого глазного яблока, умеренный экзофтальм и лагофтальм.

Какое осложнение фурункула имеет место у данного больного? Предложите лечение.

Ответ: тромбоз кавернозного синуса. Антибактериальная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапия. Антикоагулянты

Раздел 7. Травмы, инородные тела носа и придаточных пазух, неотложная помощь при них.

Тестовые задания с эталонами ответов

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10)

1. Удаление живого инородного тела из наружного слухового прохода проводится:

- А) Удаление ушным крючком
- Б) Ушной свечой
- В) Удаление ушным пинцетом
- Г) Пневмомассаж барабанной перепонки
- Д) Закапывание в ухо масляного или спиртового раствора лекарственных препаратов и последующим промыванием уха

2. При токсических поражениях внутреннего уха слух обычно снижается на

- А) Одно ухо
- Б) Оба уха

3. Зигоматицит – это

- А) Заболевание скуловой кости
- Б) Заболевание скулового нерва
- В) Форма мастоидита
- Г) Гнойное расплавление периаурикулярных лимфоузлов

4. Перихондрит ушной раковины не развивается в следующем отделе:

- А) Козелок
- Б) Завиток
- В) Противозавиток
- Г) Мочка уха

5. Что относится к внутриглазничным риногенным осложнениям?

- А) Внутриглазничный абсцесс
- Б) Флегмона глазницы
- В) Тромбоз кавернозного синуса
- Г) Ретробульбарный абсцесс

6. Назовите пути распространения инфекции при риногенных осложнениях.

- А) Контактный
- Б) Гематогенный
- В) Лимфогенный
- Г) Периневральный
- Д) тубарный

7. Выберите методы остановки носового кровотечения в амбулаторных условиях.

- А) Гидравлическая отсепаровка
- Б) Передняя тампонада
- В) Задняя тампонада
- Г) Балонная тампонада
- Д) Селективная эмболизация сосудов

8. Возможные осложнения инородного тела носа:

- А) Синусит
- Б) Ринолит
- В) Деструкция внутриносовых структур
- Г) Экзофтальм

9. Для аллергического отека гортани характерны:

- А) Гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки
- Б) Бледная слизистая оболочка

- В) Наличие слизи и корок в просвете гортани
- Г) Отек слизистой оболочки подскладкового пространства
- Д) Отек слизистой оболочки надгортанника, черпаловидных хрящей

10. Выберите, какое лечение показано при флегмонозном ларингите:

- А) Согревающий компресс
- Б) Антибиотики и сульфаниламиды
- В) Паровые ингаляции
- Г) Дегидротационные и спазмолитические средства
- Д) Вскрытие флегмоны гортанным ножом

11. Синдром Градениго характерен для:

- А) мастоидита с вовлечением в процесс верхушки пирамиды височной кости, паралич отводящего нерва, невралгия тройничного нерва
- Б) мастоидита с вовлечением в процесс верхушки пирамиды височной кости, невралгия тройничного нерва, головокружение, рвота
- В) мастоидита с вовлечением в процесс верхушки пирамиды височной кости, паралич отводящего нерва, невралгия тройничного нерва, головокружение, рвота

12. О каком заболевании можно думать, если у больного, страдающего с детства глухотечением из уха и понижением слуха, появились жалобы на постоянную головную боль, быструю утомляемость, пониженный аппетит, запоры. При обследовании выявлен эптитимпанит, брадикардия, амнестическая афазия:

- А) Отогенный менингит
- Б) Абсцесс височной доли мозга
- В) Лабиринтит
- Г) Базальный лептоменингит
- Д) Хронический эптитимпанит

13. Главное первоочередное лечебное мероприятие у больных с отогенными внутричерепными осложнениями:

- А) Срочное вмешательство на височной кости больного уха
- Б) Массивная антибактериальная терапия
- В) Дегидратация
- Г) Физиотерапия
- Д) Гипосенсибилизирующая терапия

14. Кровотечение из уха является следствием:

- А) Перелома свода черепа
- Б) Поперечного перелома пирамиды височной кости
- В) Травмы наружного слухового прохода или продольного перелома пирамиды височной кости
- Г) Отогематомы
- Д) Перфорация барабанной перепонки

15. Продольный перелом пирамиды височной кости характеризуется.

- А) Кондуктивной тугоухостью
- Б) Разрывом барабанной перепонки
- В) Параличом лицевого нерва
- Г) Ликвореей

16. Может ли отогенный арахноидит развиваться после операции на полостях среднего уха

- А) Да
- Б) Нет

17. Боковое глоточное пространство сообщается с:

- А) передним средостением
- Б) задним средостением и околопищеводным пространством
- В) заглочным пространством
- Г) передним средостением и околопищеводным пространством

18. В паратонзиллярном пространстве располагаются:

- А) клетчатка
- Б) внутренняя сонная артерия, внутренняя яремная вена, нервы
- В) внутренняя сонная артерия и внутренняя яремная вена
- Г) внутренняя сонная артерия и нервы

19. Боковое глоточное пространство открывается в:

- А) заднее средостение
- Б) переднее средостение
- В) срединную щель шеи
- Г) является замкнутым пространством

20. К осложнениям ангин относятся следующие состояния:

- А) паратонзиллит, паратонзиллярный и латерофарингиальный абсцессы, медиастенит, тонзиллогенный сепсис
- Б) паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, медиастенит, тонзиллогенный сепсис
- В) паратонзиллит, паратонзиллярный, латерофарингеальный и ретрофарингеальный абсцессы
- Г) паратонзиллярный и латерофарингиальный абсцессы

21. Парафарингеальный абсцесс дифференцируют с:

- А) паратонзиллярным абсцессом
- Б) ангиной Людвига
- В) ангиной боковых валиков
- Г) заглоточным абсцессом

22. Назовите риногенные внутричерепные осложнения.

- А) Арахноидит
- Б) Экстадуральный абсцесс
- В) Субдуральный абсцесс
- Г) Тромбоз поперечного синуса

23. Перечислите основные симптомы абсцесса мозга.

- А) Головная боль
- Б) Субфебрильная лихорадка
- В) Очаговая неврологическая симптоматика
- Г) Менингеальные знаки

24. Паратонзиллярный абсцесс может стать причиной такого осложнения как тромбоз:

- А) поперечного синуса
- Б) сигмовидного синуса
- В) кавернозного синуса
- Г) затылочного синуса

25. Заглоточный абсцесс характерен для:

- А) детей до трёх лет
- Б) детей дошкольного возраста
- В) подросткового возраста
- Г) старческого возраста

26. Участок полости носа, из которого чаще возникает носовое кровотечение:

- 1) нижние носовые раковины;
- 2) хрящевой отдел перегородки носа;
- 3) средние носовые раковины;
- 4) костный отдел перегородки носа;
- 5) верхние носовые раковины

27. Общая гемостатическая терапия носового кровотечения включает:

- 1) афибрин, дицинон;
- 2) курантил, трентал;
- 3) гепарин, натрия цитрат;
- 4) синкумар, фенилин;
- 5) стрептокиназа, актилизе.

29. Для передней тугой тампонады носа используется:

- 1) ватный тампон;
- 2) тонкая резиновая трубка;
- 3) толстая резиновая трубка;
- 4) марлевая салфетка;
- 5) марлевая турунда.

30. При задней тампонаде носа марлевый тючок должен перекрыть:

- 1) хоаны;
- 2) ноздри;
- 3) собственно полость носа;
- 4) хоаны и собственно полость носа;
- 5) преддверие и собственно полость носа

31. Различают стадии стеноза гортани:

- 1) компенсированная, декомпенсированная;
- 2) компенсированная, декомпенсированная, асфиксия;
- 3) компенсированная, субкомпенсированная, декомпенсированная, асфиксия;
- 4) субкомпенсированная, декомпенсированная;
- 5) асфиксия.

32. При аллергическом отеке гортани, стенозе II степени целесообразно проведение:

- 1) отвлекающей терапии;
- 2) «внутриривенной» трахеотомии;
- 3) коникотомии;
- 4) введения противодифтеритической сыворотки.
- 5) трахеостомия.

33. При IV стадии стеноза гортани показано хирургическое лечение:

- 1) трахеотомия;
- 2) экстирпация гортани;
- 3) коникотомия;
- 4) вскрытие абсцесса надгортанника;
- 5) крико-коникотомия.

34. Осложнением коникотомии является:

- 1) ранение пищевода;
- 2) эмфизема подкожно-жировой клетчатки, кровотечение;
- 3) ранение щитовидной железы.
- 4) ранение глотки;
- 5) ранение тимуса.

35. К перихондритам чаще всего приводят ранения наружного уха:

- 1) разможенные
- 2) резаные
- 3) баротравма
- 4) вибротравма
- 5) колотые

36. При отогематоме кровь скапливается:

- 1) между надхрящницей и хрящом
- 2) в подслизистом слое
- 3) под кожей наружного слухового прохода
- 4) между слизистой и хрящом
- 5) между надхрящницей и слизистой

37. При типичных продольных переломах пирамиды трещины проходят через:

- 1) через крышу барабанной полости
- 2) верхнюю костную стенку наружного слухового прохода
- 3) через медиальную стенку барабанной полости
- 4) через нижнюю стенку барабанной полости
- 5) через переднюю стенку барабанной полости

38. К основным общим причинам носовых кровотечений не относится:

- а) гипертония
- б) геморрагические диатезы
- в) инфекционные болезни
- г) болезни крови
- д) гематома носовой перегородки

39. К основным местным причинам носовых кровотечений не относится

- а) травмы
- б) инородные тела
- в) опухоли
- г) бруцеллез
- д) атрофический процесс

40. К патологическим изменениям при травме носовой перегородки относятся все, кроме:

- а) искривления
- б) вывихи
- в) переломы
- г) гематомы
- д) полипы

41. К посттравматическим деформациям наружного носа не относится:

- а) гипертрофический ринит
- б) косоносость
- в) горбоносость
- г) плосконосость
- д) искривление носовой перегородки

42. Симптом очков, кровянистые выделения из носа, ликворея бывают при:

- а) переломах основания черепа в области передней черепной ямки
- б) переломах пирамиды височной кости
- в) переломах основания черепа в области средней черепной ямки
- г) переломах основания черепа в области задней черепной ямки
- д) переломах сосцевидного отростка

43. При повреждениях наружного носа не встречаются:

- а) припухлость в области носа
- б) нарушение целостности кожных покровов
- в) разрыв слизистой оболочки и деформациями носа
- г) носовое кровотечение
- д) ринорея

44. В диагностике повреждений носа используются следующие методы за исключением:

- а) анамнез
- б) наружный и внутренний осмотр носа
- в) пальпация наружного носа
- г) рентгенография носа, придаточных пазух носа
- д) стробоскопия

45. Как долго в полости носа могут находиться марлевые тампоны:

- а) до 24 часов
- б) до 12 часов
- в) до 48 часов
- г) до 6 часов
- д) до 72 часов

46. Следует ли производить репозицию костных отломков носа, если травма является проникающей в полость черепа:

- а) следует, через 24 часа
- б) следует, через 48 часов
- в) следует, через 72 часа
- г) следует, через сутки
- д) не следует, во избежание внутричерепных осложнений

47. Что является достоверным признаком перелома стенок придаточных пазух носа с одновременным разрывом слизистой оболочки:

- а) появление эмфиземы
- б) носовое кровотечение
- в) anosmia

- г) гипосмия
- д) крепитация

48. Наиболее частые причины носовых кровотечений:

- 1) Гипертония, болезни крови и кроветворных органов, грипп, физическое перенапряжение, перегревание организма, заболевания печени
- 2) Гипотония, пороки сердца
- 3) Переохлаждение, заболевания эндокринных желез
- 4) Запыленность и повышенная влажность

Ситуационные задачи с эталонами ответов

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

Ситуационная задача № 1

У больного жалобы на деформацию наружного носа и боль в области носа. Четыре часа назад во время игры в хоккей получил удар по лицу. Сознание не терял, тошноты, рвоты не отмечал, возникшее незначительное носовое кровотечение остановил самостоятельно.

При осмотре определяется смещение носа вправо, западение левого ската носа, мягкие ткани этой области немного отечны, при пальпации болезненны, костные отломки подвижны. Слизистая оболочка носа ярко розовая, отечная, в носовых ходах - геморрагические сгустки, перегородка носа по средней линии. На рентгенограмме обнаружено: трещина носовых костей со смещением.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечение?

Ответ: Закрытый перелом костей носа со смещением

- а) госпитализация
- б) осмотр нейрохирурга для исключения осложнений
- в) инструментальная репозиция костей носа с последующей фиксацией
- г) противовоспалительная

Ситуационная задача № 2

Больной 27 лет, находясь в состоянии алкогольного опьянения, получил удар в область лица металлическим предметом. Терял на короткое время сознание, была тошнота и рвота.

При поступлении - кровоизлияние в области левого нижнего века; спинка носа по средней линии, подвижна, мягкие ткани этой области немного отечны, при пальпации отмечается крепитация. На рентгенограммах обнаружены перелом костей носа и орбитальной стенки левой верхнечелюстной пазухи, тотальное затемнение этой пазухи.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечебная тактика

Ответ: Закрытый перелом костей носа с наружной деформацией, перелом нижней стенки орбиты, гематосинус слева. Сотрясение головного мозга.

- а) госпитализации
- б) консультация нейрохирурга
- в) пункция левой верхнечелюстной пазухи с аспирацией содержимого
- г) инструментальная репозиция костей носа с последующей фиксацией по согласованию с нейрохирургом
- д) противовоспалительная терапия

Ситуационная задача № 3

Больная 19 лет, поскользнувшись, ударилась носом о бордюр, после чего появился сильный отек лица. Возникшее кровотечение из носа остановилось самостоятельно, тошноты, рвоты не было, носовое дыхание не нарушалось. Через 3 недели, после исчезновения отеков лица, больная отметила изменение формы носа.

Вопросы: Что вы можете порекомендовать пациентке на консультативном приеме? Ваш диагноз? Назначьте необходимые обследования?

Ответ: Проведение острой репозиции невозможно из-за превышения сроков. Если больную не удовлетворяет косметическое состояние носа, рекомендовать консультацию пластического хирурга

Ситуационная задача № 4

Больной доставлен машиной скорой помощи с места автомобильной аварии с жалобами на боль в области носа, измененную форму носа, тошноту, головную боль.

При осмотре отмечается резкое западение спинки носа, значительные гематомы в параорбитальной области с обеих сторон. Больной немного заторможен, на вопросы отвечает медленно, контакт затруднен.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Какие методы исследования необходимо провести?

Ответ: Закрытый перелом костей носа с наружной деформацией. Сотрясение головного мозга.

- а) обзорная рентгенография костей черепа (КТ)
- б) консультация нейрохирурга для исключения внутричерепной патологии
- в) рентгенограммы костей носа в прямой и боковой проекциях

Ситуационная задача № 5

У больного 19 лет жалобы на затрудненное носовое дыхание, болезненность в области носа, которая появилась 2 дня назад после боксерской тренировки, на которой он получил удар в нос. Визуально форма носа не изменена, подвижности носовых костей не отмечается, при передней риноскопии отмечается выбухание перегородки носа в обе стороны, отек, гиперемия слизистой оболочки.

Вопросы: Ваш диагноз? Обследование и лечение?

Ответ: Гематома перегородки носа

- а) пункция гематомы с последующим введением в полость носа плотных тампонов
- б) противовоспалительная терапия

Ситуационная задача № 6

У больного жалобы затруднение носового дыхания, боль в области носа. Со слов, 4 дня назад больной подвергся хулиганскому нападению, получив несколько ударов в область лица. Носовое кровотечение остановилось самостоятельно, потери сознания, тошноты, рвоты после травмы больной не отмечал, за медицинской помощью не обращался. Спустя 2 дня появилось затруднение носового дыхания, усиливающаяся боль в области носа, повысилась температура, появились ознобы.

Объективно: отмечается отек, гиперемия кожных покровов в области корня носа, нижних век, боль при пальпации; при передней риноскопии - подушкообразное выбухание перегородки носа, значительный отек, гиперемия слизистой оболочки носа.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечение?

Ответ: Абсцесс перегородки носа

- а) вскрытие абсцесса с установлением дренажей;
- б) назначение антибактериальной, антиагрегантной, дезинтоксикационной терапии.

Ситуационная задача № 7

Больной 23 лет доставлен в приемное отделение с диагнозом огнестрельное ранение лица. При осмотре: больной в сознании, на вопросы отвечает адекватно, отмечается отек мягких тканей левой щеки, наличие входного пулевого отверстия в проекции левой верхнечелюстной пазухи.

Вопросы: Ваш диагноз? Обследование и лечение?

Ответ:

- а) Консультация нейрохирурга
- б) при отсутствии тяжелых поражений мозга - удаление инородного тела

Ситуационная задача № 8

Во время ремонтных работ на больного сверху упал тяжелый предмет, вызвав деформацию наружного носа. При осмотре отмечается западение спинки носа, отек мягких тканей лица, незначительные выделения из носа геморрагического характера, оставляющие на салфетке двойное пятно.

Вопросы: Предварительный диагноз? Какие необходимы обследования больного?

Ответ: Перелом основания черепа (ситовидной пластинки)? обзорная рентгенография черепа, костей носа.

Ситуационная задача № 9

В бытовой драке около 2 часов назад больной получил удар разбитой бутылкой в область лица. Кровотечение остановилось самостоятельно. При осмотре имеется рана с неровными краями, расположенная на спинке носа с переходом на правый скат, размером 0,5 х 4 см. Форма носа изменена - имеется смещение спинки носа вправо. Носовое дыхание свободное, патологии полости носа не выявлено.

Вопросы: Ваш диагноз? Обследование и лечение?

Ответ: Перелом костей носа со смещением, резаная рана носа

- а) первичная хирургическая обработка (ушивание) раны
- б) введение столбнячного анатоксина
- в) консультация нейрохирурга
- г) при отсутствии противопоказаний - репозиция костей носа с последующей фиксацией
- д) противовоспалительная терапия

Ситуационная задача № 10

Больной 20 лет несколько часов назад укушен неизвестной собакой в область лица. При осмотре отмечается значительный дефект мягких тканей носа (ампутация кончика носа).

Вопросы: Назначьте лечение

Ответ:

- а) Пластика кончика носа (метод перемещенного лоскута)
- б) введение столбнячного анатоксина
- в) введение антирабической вакцины
- г) противовоспалительная терапия

Ситуационная задача № 11

У больного 28 лет жалобы на боль в области носа, деформацию наружного носа; 4 часа назад, во время игры в хоккей, клюшкой получил удар по носу. Было сильное носовое кровотечение, которое остановилось самостоятельно, сознание не терял, тошноты, рвоты не было.

Объективно: спинка носа смещена вправо. Мягкие ткани наружного носа умеренно инфильтрированы, болезненны. В левой подглазничной области по боковой поверхности носа - гематома. При пальпации спинки носа определяется подкожная эмфизема. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована. В полости носа кровяные сгустки.

Вопросы: Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование.

Ответ: Перелом костей носа со смещением. Перелом клеток решетчатого лабиринта. Рентгенография костей носа, ОНП.

Ситуационная задача № 12

Больная 62 лет доставлена в приемное отделение ЛОР-стационара машиной скорой помощи с жалобой на рецидивирующее носовое кровотечение.

Объективно: в преддверии носа ватные шарики, пропитанные геморрагическим отделяемым. А/Д около 100/60 мм. рт. ст., пульс 82 в мин., среднего наполнения.

Вопросы: Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование и лечение.

Ответ: Рецидивирующее носовое кровотечение. Клинический анализ крови, гематокрит, коагулограмма

Ситуационная задача № 13

У больного 35 лет жалобы на резкое затруднение носового дыхания в течение 3 дней. Из анамнеза: 10 дней назад получил травму носа во время тренировки (бокс). Объективно: форма носа изменена за счет девиации спинки носа вправо. При передней риноскопии: перегородка носа искривлена вправо. В правой половине носа на перегородке определяется припухлость 1x1,5 см, обтурирующая просвет полости носа; мягкая при ощупывании зондом. Слизистая оболочка резко гиперемирована, отечна, отделяемого нет. Носовое дыхание затруднено справа.

Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Перелом костей носа с наружной деформацией. Посттравматическая гематома перегородки носа.

- а) Пальце-инструментальная репозиция костей носа,
- б) пункция и аспирация содержимого гематомы.
- в) При отсутствии положительного эффекта - широкое вскрытие гематомы.

Ситуационная задача № 14

У больного 65 лет жалобы на небольшое кровотечение из левой половины носа. Из анамнеза: отмечает периодически краткие эпизоды геморрагии на фоне повышенного АД. Купировались самостоятельно после введения в преддверие носа комочка ваты, пропитанного 3% раствором перекиси водорода.

Объективно: форма носа не изменена. Спинка по средней линии. Слизистая оболочка полости носа пастозна, гиперемирована. Сосуды зоны Киссельбаха слева расширены. Носовое дыхание свободное.

Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Рецидивирующее носовое кровотечение на фоне повышения АД.

- а) Тампонада полости носа (эластическая, марлевая),
- б) операция-обращение кровоточащего сосуда.
- в) Гипотензивная терапия.

Ситуационная задача № 15

Больной 26 лет в состоянии алкогольного опьянения в драке получил сильный удар кулаком по лицу, после чего возникло носовое кровотечение, отмечалась легкая тошнота. Доставлен в ЛОР - стационар через три часа после происшествия.

При поступлении – кровоизлияние в окружности глазниц, смещение спинки носа вправо, при пальпации в этой области определяется крепитация. На рентгенограмме обнаружено нарушение целостности носовых костей и глазничной стенки левой верхнечелюстной пазухи, гомогенное ее затемнение.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Ответ: Перелом костей носа со смещением, перелом глазничной стенки верхнечелюстной пазухи слева. Гемосинус. Сотрясение головного мозга. Репозиция костей носа, пункция гайморовой пазухи слева.

Ситуационная задача № 16

Больной жалуется на затруднение носового дыхания, боль в области носа, повышение температуры до 37,5 С. Все перечисленные симптомы появились после того, как получил удар по носу три дня назад, имело место носовое кровотечение. Объективно: носовые ходы резко сужены за счет инфильтрации мягких тканей в области перегородки носа. В центре инфильтрации размягчение, при зондировании этого участка определяется флюктуация. Носовое дыхание затруднено.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Ответ: Нагноившаяся гематома перегородки носа. Широкое вскрытие гематомы, дренирование. Антибактериальное лечение. Местное противовоспалительное (полидекса с фенилэфрином, изофра).

Ситуационная задача № 17

Больной 48 лет, страдающий гипертонической болезнью, доставлен санитарным транспортом в ЛОР- клинику по поводу сильного носового кровотечения, которое не удалось остановить в домашних условиях.

Каков диагноз? Какие срочные меры необходимо предпринять? Какова лечебная тактика в дальнейшем?

Ответ: Гипертоническая болезнь. Носовое кровотечение. Передняя тампонада полости носа. Лечение у терапевта.

Ситуационная задача № 18

Больной 31 года доставлен в клинику с сильным носовым кровотечением, которое началось после того, как получил удар по носу твердым предметом. Сознание не терял. Тошноты, рвоты не было. При осмотре спинка носа по средней линии, определяется инфильтрация мягких тканей, резкая болезненность при пальпации этой области. В носовых ходах – тампоны, пропитанные кровью, однако, несмотря на это, кровотечение продолжается – кровь стекает по задней стенке глотки слева. На рентгенограмме определяется перелом костей носа без смещения отломков.

Какова дальнейшая тактика врача?

Ответ: Задняя тампонада.

Ситуационная задача № 19

Больной 45 лет упал, поскользнувшись на улице. При осмотре обнаружен перелом костей носа, а на рентгенограмме – тотальное затенение левой верхнечелюстной пазухи.

Каков план дальнейшего ведения такого больного?

Ответ: По показаниям репозиция костей носа. Пункция верхнечелюстной пазухи.

Ситуационная задача № 20

Во время соревнований по боксу спортсмен 20 лет получил травму носа. На следующий день при передней риноскопии обнаружена припухлость в области перегородки носа с обеих сторон, препятствующая дыханию.

Каков диагноз? Какие могут быть осложнения при неправильном введении такого больного?

Ответ: Гематома перегородки носа. Нагноение.

Раздел 8. Травмы, инородные тела, уха, неотложная помощь при них

Тестовые задания с эталонами ответов

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10)

1. В лечение ран уха применяют

1) введение противостолбнячной сыворотки;+

2) дегидратационную терапию;

3) дезинтоксикационную терапию;

4) метаболическую терапию;

5) первичную хирургическую обработку раны.+

2. Для диагностики острой посттравматической нейросенсорной тугоухости не используют

1) КТ-височных костей;

2) МРТ-головного мозга;

3) вестибулометрию;

4) общий анализ крови;+

5) тональную пороговую аудиометрию.

3. Для лечения острой посттравматической нейросенсорной тугоухости используют

1) антибактериальную терапию;

2) гипосенсибилизирующую терапию;

3) метаболическую терапию;+

4) радикальную операцию на височной кости;

5) слухопротезирование при одностороннем снижении слуха.

4. Для ожогов уха 1-2 степени не характерно

1) вскрытие образовавшихся пузырей;

2) гиперемия кожи;

3) иссечение некротизированных тканей;+

4) лечение противовоспалительными мазями;

5) образование пузырей и отека тканей.

5. Для ожогов уха 1-2 степени характерны

- 1) гиперемия кожи;+
 - 2) образование пузырей;+
 - 3) образование струпа;
 - 4) омертвление кожи;
 - 5) омертвление хряща.
- 6. Для ожогов уха 3-4 степени не характерно**
- 1) иссечение некротизированных тканей;
 - 2) образование пузырей и отека тканей;+
 - 3) образование струпа серого или черного цвета;
 - 4) омертвление кожи и хряща.
- 7. Для ожогов уха 3-4 степени характерны**
- 1) гиперемия кожи;
 - 2) образование пузырей;
 - 3) образование струпа;+
 - 4) омертвление хряща;+
 - 5) системные головокружения.
- 8. Для острой посттравматической нейросенсорной тугоухости не характерны**
- 1) гипофункция лабиринта;
 - 2) назначение метаболической терапии;
 - 3) основным методом диагностики является МРТ-головного мозга;+
 - 4) основным методом диагностики является вестибулометрия;+
 - 5) снижение слуха с двух сторон.
- 9. Для острой посттравматической нейросенсорной тугоухости характерно**
- 1) одностороннее снижение слуха;
 - 2) одностороннее снижение слуха или снижение слуха на оба уха;+
 - 3) снижение слуха на оба уха;
 - 4) снижение слуха по типу нарушения звукопроводения;
 - 5) тимпанограмма тип В.
- 10. Для отморожений уха 1-2 степени не характерно**
- 1) вскрытие образовавшихся пузырей;
 - 2) гиперемия кожи с цианотичным оттенком;
 - 3) лечение противовоспалительными мазями;
 - 4) образование некротизированных тканей;+
 - 5) образование пузырей и отека тканей.
- 11. Для отморожений уха 3-4 степени не характерно**
- 1) иссечение некротизированных тканей;
 - 2) наложение асептической повязки;
 - 3) образование пузырей и отека тканей;+
 - 4) образование струпа серого или черного цвета.
- 12. Для перелома пирамиды височной кости не характерно**
- 1) асимметрия лица;
 - 2) положительная проба двойного пятна;
 - 3) положительный симптом Кернига;+
 - 4) системное головокружение;
 - 5) снижение слуха.
- 13. Для повреждения цепи слуховых косточек не характерны**
- 1) приступы системного головокружения;+
 - 2) снижение слуха по типу нарушения звуковосприятия;+
 - 3) снижение слуха по типу нарушения звукопроводения;
 - 4) снижение слуха, шум в ухе;
 - 5) тимпанограмма тип Ad.
- 14. Для поперечного перелома пирамиды височной кости не характерно:**
- 1) гематотимпанум;
 - 2) паралич лицевого нерва;
 - 3) практическая глухота на стороне поражения;
 - 4) разрыв барабанной перепонки в верхнем квадранте;+
 - 5) системные головокружения.
- 15. Для поперечного перелома пирамиды височной кости не характерны**
- 1) возможное развитие внутричерепных осложнений;
 - 2) наличие при осмотре гематотимпанум;
 - 3) нарушение целостности крыши барабанной полости;+
 - 4) полная потеря слуха на стороне поражения;
 - 5) сочетание с поперечным переломом основания черепа.+

16. Для поперечного перелома пирамиды височной кости характерно:

- 1) паралич лицевого нерва;+**
- 2) положительный симптом Кернига;
- 3) разрыв барабанной перепонки в верхнем квадранте;
- 4) разрыв барабанной перепонки в нижнем квадранте;
- 5) снижение слуха по типу нарушения звукопроводения.

17. Для поперечного перелома пирамиды височной кости характерны

- 1) нарушение целостности внутреннего слухового прохода;+**
- 2) нарушение целостности крыши барабанной полости;
- 3) нарушение целостности лабиринта;+**
- 4) нарушение целостности стенки наружного слухового прохода.

18. Для продольного перелома пирамиды височной кости не характерно

- 1) гематотимпанум;+**
- 2) положительная проба двойного пятна;
- 3) разрыв барабанной перепонки;
- 4) снижение слуха по типу нарушения звукопроводения;
- 5) шум в ухе.

19. Для продольного перелома пирамиды височной кости не характерны

- 1) возможное развитие внутричерепных осложнений;
- 2) наличие при осмотре гематотимпанум;+**
- 3) нарушение целостности крыши барабанной полости;
- 4) полная потеря слуха на стороне поражения;+**
- 5) сочетание с поперечным переломом основания черепа.

20. Для продольного перелома пирамиды височной кости характерно

- 1) гематотимпанум;
- 2) снижение слуха по типу нарушения звуковосприятия;
- 3) снижение слуха по типу нарушения звукопроводения;+**
- 4) тимпанограмма тип А;
- 5) тимпанограмма тип С.

21. Для продольного перелома пирамиды височной кости характерны

- 1) нарушение целостности внутреннего слухового прохода;
- 2) нарушение целостности крыши барабанной полости;+**
- 3) нарушение целостности лабиринта;
- 4) нарушение целостности стенки наружного слухового прохода.+**

22. Для ран уха не характерно

- 1) введение противостолбнячной сыворотки;
- 2) назначение антибактериальной терапии;
- 3) проведение первичной хирургической обработки;
- 4) сильное кровотечение;+**
- 5) умеренное кровотечение.

23. К методу лечения разрыва барабанной перепонки относится

- 1) все виды тимпаноластики;
- 2) радикальная операция на височной кости;
- 3) санирующая слухосохраняющая операция на височной кости;
- 4) тимпаноластика 1 и 2 тип;
- 5) тимпаноластика 1 тип.+**

24. К методу лечения разрыва цепи слуховых косточек относится

- 1) вестибулярная реабилитация;
- 2) расширенная радикальная операция на височной кости;
- 3) стапедэктомия со стапедопластикой;
- 4) тимпаноластика 1 типа;
- 5) тимпаноластика 3 тип.+**

25. К симптому отогематомы относится

- 1) безболезненная припухлость;+**
- 2) повышение температуры тела;
- 3) постоянная пульсирующая боль;
- 4) системные головокружения;
- 5) снижение слуха.

26. К симптому перелома пирамиды височной кости относится

- 1) асимметрия лица;+**
- 2) гнойное течение из уха;
- 3) головная боль;

4) заложенность уха;

5) повышение температуры тела.

27. К симптому повреждения цепи слуховых косточек относится

1) нарушение равновесия;

2) пульсирующая боль;

3) сильное кровотечение из уха;

4) системные головокружения;

5) снижение слуха.+

28. К симптому разрыва барабанной перепонки относится

1) нарушение равновесия;

2) повышение температуры тела;

3) резкая головная боль;

4) снижение слуха;+

5) спонтанный нистагм.

29. Лечение отогематомы состоит из

1) назначения антибактериальной терапии;

2) наложения давящей повязки;+

3) повторных пункций отогематомы;+

4) радикальной операции на височной кости;

5) хирургического вскрытия отогематомы.

30. Лечение разрыва барабанной перепонки включает

1) радикальную операцию на височной кости;

2) сосудосуживающие капли в нос;+

3) тимпанопластику 1 типа;+

4) тимпанопластику 3 типа;

5) тимпанопластику 5 типа.

31. Механической травмой уха называются

1) нарушение анатомической целостности и функций уха;+

2) нарушение анатомической целостности уха;

3) нарушение функций уха;

4) перелом пирамиды височной кости;

5) повреждение тканей наружного уха.

32. Основным методом исследования перелома пирамиды височной кости является

1) вестибулометрия;

2) импедансометрия;

3) камертональное исследование;

4) компьютерная томография головного мозга;+

5) тональная пороговая аудиометрия.

33. Отогематома диагностируется при помощи

1) КТ — височных костей;

2) МРТ – головного мозга;

3) визуального осмотра;+

4) отоскопии;

5) тональной пороговой аудиометрии.

34. Отогематомой называют

1) изливание крови между хрящом и надхрящницей;+

2) образование в области мочки уха;

3) образование в области сосцевидного отростка;

4) скопление гноя между хрящом и надхрящницей;

5) скопление крови в барабанной полости.

35. Повреждение цепи слуховых косточек диагностируется при помощи

1) КТ – височных костей;+

2) импедансометрии;+

3) рентгена височных костей;

4) речевой аудиометрии;

5) тональной надпороговой аудиометрии.

36. При ожогах уха 3-4 степени необходимо

1) вскрытие образовавшихся пузырей;

2) иссечение некротизированных тканей;+

3) проведение КТ-височных костей;

4) проведение МРТ-головного мозга;

5) проведение радикальной операции на височной кости.

37. При острой посттравматической нейросенсорной тугоухости

- 1) основным методом диагностика является вестибулометрия;
- 2) основным методом диагностики является МРТ-головного мозга;
- 3) основным методом диагностики является импедансометрия;
- 4) происходит снижение слуха с двух сторон;+**
- 5) происходит снижение слуха с одной стороны.+**

38. При острой посттравматической нейросенсорной тугоухости

- 1) возможно снижение слуха как с одной, так и с двух сторон;
- 2) возможны системные головокружения;
- 3) для лечения используют метаболические препараты;
- 4) основной диагностический метод — импедансометрия;+**
- 5) снижение слуха по типу нарушения звукопроводения.

39. При отморожении уха 1-2 степени

- 1) образуется некроз всех слоев тканей;+**
- 2) образуется некроз кожи;+**
- 3) образуется пузыри;
- 4) поражается эпидермис на уровне верхних слоев.

40. При отогематоме

- 1) возможно развитие перихондрита;
- 2) возможно развитие хронического гнойного среднего отита;+**
- 3) наблюдается безболезненная припухлость ушной раковины;
- 4) наблюдается излияние крови между хрящом и надхрящницей;
- 5) необходимо хирургическое вскрытие.+**

41. При повреждении барабанной перепонки

- 1) в качестве лечения назначают метаболические препараты;+**
- 2) в качестве лечения проводят тимпаноластику 5 типа;+**
- 3) наблюдается снижение слуха по типу нарушения звукопроводения;
- 4) развивается острый гнойный средний отит.

42. При поперечном переломе пирамиды височной кости диагностируется

- 1) гематотимпанум;+**
- 2) кондуктивная тугоухость;
- 3) кровотечение из уха;
- 4) разрыв барабанной перепонки;
- 5) смещение верхнезадней костной стенки.

43. При поперечном переломе пирамиды височной кости назначают

- 1) вестибулярную реабилитация;+**
- 2) катетеризацию слуховой трубы;
- 3) пневмомассаж барабанной перепонки;
- 4) продувание по Политцеру;
- 5) тимпаноластику в отсроченном периоде.

44. При продольном переломе пирамиды височной кости диагностируется

- 1) положительный симптом Кернига;
- 2) разрыв барабанной перепонки в верхнем квадранте;+**
- 3) разрыв барабанной перепонки в нижнем квадранте;
- 4) снижение слуха по типу нарушения звуковосприятия;
- 5) тимпанограмма тип С.

45. При продольном переломе пирамиды височной кости назначают

- 1) катетеризацию слуховой трубы;
- 2) продувание по Политцеру;
- 3) радикальную операцию на височной кости по показаниям;+**
- 4) стапедопластику;
- 5) стапедэктомию.

46. Разрыв барабанной перепонки диагностируется при помощи

- 1) определения чувствительности к ультразвуку;
- 2) отоскопии;+**
- 3) рентгена височных костей в проекции Майера;
- 4) рентгена височных костей в проекции Шюллера;
- 5) тональной надпороговой аудиометрии.

47. Травмы уха классифицируются на:

- 1) баротравма, вибротравма, акустическая травма;
- 2) механическая травма, ожоги уха, обморожения уха;+**
- 3) механотравма, термотравма, химиотравма;
- 4) резаные, колотые, укушенные;
- 5) спортивная, бытовая, профессиональная.

Ситуационные задачи с эталонами ответов

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

Ситуационная задача № 1

У больной 19 лет жалобы на неприятные ощущения, зуд в левом ухе. Эти ощущения появились ночью, от чего больная проснулась. Объективно: AD - в наружном слуховом проходе инородное тело похожее на таракана.

Ваши действия?

Ответ: а) введение в наружном слуховом проходе слева борный спирт или вазелиновое масло б) вымывание инородного тела

Ситуационная задача № 2

У ребенка 5 лет жалобы на снижение слуха справа. Объективно: AD - в наружном слуховом проходе горошина.

Ваши действия?

Ответ: а) ввести борный спирт в наружный слуховой проход справа б) удаление горошины крючком

Ситуационная задача № 3

У больного 25 лет жалобы на припухлость и боль задней поверхности левой ушной раковины после травмы. Объективно: кожа левой ушной раковины припухшая, имеет синеватую гиперемию и резкую боль при пальпации.

Ваш диагноз? Лечение?

Ответ: Отогематома левой ушной раковины.

Лечение:

- а) пункция и отсасывания содержимого гематомы
- б) тугая, давящая повязка
- в) противовоспалительная терапия

Ситуационная задача № 4

Больная 25 лет при туалете наружного слухового прохода, случайно ударила рукой о дверь, в этот момент появилось резкое головокружение, рвота. Транспортом скорой помощи доставлена в приемное отделение. При осмотре: больная лежит на носилках в вынужденном положении, при поворотах головы головокружение резко усиливается. Отоскопически: AS - в наружном слуховом проходе геморрагическое отделяемое, после удалении которого виден дефект барабанной перепонки в верхних квадрантах.

Ваш диагноз? Методы обследования?

Ответ: Травматический разрыв барабанной перепонки слева. Посттравматический лабиринтит.

- а) КТ-височных костей,
- б) аудиологическое обследование,
- в) вестибулологическое обследование.

Ситуационная задача № 5

У больного 18 лет жалобы на резкое снижение слуха на левое ухо после посещения дискотеки. Считает себя больным в течение двух дней. ЛОР органы в норме. При аудиологическом исследовании обнаружено снижение слуха на левое ухо IV степени (по типу нарушения звуковосприятия), при вестибулологическом обследовании имеется снижение вестибулярной функции.

Ваш диагноз? Какие методы исследования и консультации каких специалистов необходимо назначить данному больному? Лечение.

Ответ: Острая сенсоневральная тугоухость, обусловленная акустической травмой.

Методы обследования:

- а) методы исследование сосудов головы и шеи (РЭГ, доплерография, дуплексное сканирование).
- б) методы исследование головного мозга (МРТ, КТ).
- в) методы исследование шейного отдела позвоночника (рентгенография, МРТ, КТ).
- г) консультации невролога, окулиста, терапевта.

Лечение: дезинтоксикационная, противовоспалительная, сосудорасширяющая, стимулирующая терапия, физиотерапия.

Ситуационная задача № 6

Больной 24 лет после автокатастрофы поступил в приемное отделение больницы. Жалуется на головную боль, потерю сознания, глухоту на левое ухо, головокружение в виде вращения предметов, тошноту, рвоту, нарушение равновесия. Объективно: имеются ушибы и ссадины лица, слух слева отсутствует, имеется SpNu вправо III ст, среднеразмашистый. Мт не изменена. На КТ головного мозга - перелом основания черепа, пирамиды височной кости слева.

Ваш диагноз?

Ответ: Поперечный перелом левой пирамиды височной кости с пересечением VIII пары нерва. Глухота слева.

Ситуационная задача № 7

Больной 32 лет обратился в ЛОР-кабинет поликлиники с жалобами на боль и образование припухлости в области правой ушной раковины, повышение температуры тела. Указанные симптомы развились после травмы.

Объективно: при осмотре установлено, что ушная раковина утолщена, при пальпации резко болезненна. Кожа гиперемирована. В области противозавитка ушной раковины определяется припухлость, флюктуирующая и болезненная при пальпации. Мочка ушной раковины не изменена, при пальпации безболезненна. Наружный слуховой проход и барабанная перепонка не изменены, острота слуха не нарушена. Температура тела — 37,5 °С. Лейкоциты — 10 x 10⁹/л, СОЭ — 20 мм/ч, эозинофилы — 2 %, палочкоядерные — 10 %, сегментоядерные — 51 %, лимфоциты — 35 %, моноциты — 2 %.

Задание: 1.Какой диагноз? 2.Какое необходимо назначить лечение?

Ответ: Отогематома правой ушной раковины. Лечение: а) пункция и отсасывания содержимого гематомы б) тугая, давящая повязка в) противовоспалительная терапия

Ситуационная задача № 8

Ребенок 3 лет доставлен к врачу родителями в связи с тем, что играя, затолкнул косточку от вишни в наружный слуховой проход.

Объективно: кожа наружного слухового прохода не изменена. В просвете слухового прохода определяется образование темного цвета с плотной округлой поверхностью, заполняющее весь проход наружного слухового прохода.

Задание: 1.Какой диагноз? 2.Какие ваши действия?

Ответ: Инородное тело наружного слухового прохода. Лечение – промывание уха, при фиксации его в слуховом проходе удаление специальным крючком.

Ситуационная задача № 9

Больной жалуется на болезненную припухлость на ушной раковине, появившуюся после травмы во время тренировки борьбой. При осмотре на передней поверхности ушной раковины, в ее верхних отделах имеется округлой формы флюктуирующая припухлость синюшного цвета, слегка болезненная при дотрагивании.

Диагноз? Лечение.

Ответ: Отгематома. Пункция гематомы, давящая повязка на ухо. Антибиотики.

Ситуационная задача № 10

Со слов родителей ребенок засунул в ухо бусинку. При осмотре в начальном отделе наружного слухового прохода определяется инородное тело зеленого цвета с гладкой поверхностью. Барабанная перепонка не обозрима.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Инородное тело наружного слухового прохода. Лечение – промывание уха, при фиксации его в слуховом проходе удаление специальным крючком.

Раздел 9. Травмы, инородные глотки, пищевода, неотложная помощь при них

Тестовые задания с эталонами ответов

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10)

1. В редких случаях возможно ранение шейного симпатического ствола, что характеризуется триадой симптомов

- 1) расширением глазной щели;
- 2) сужением глазной щели;+
- 3) сужением зрачка на стороне поражения (синдром Бернара-Горнера);+
- 4) эндофтальмом.+

2. Внутренние ранения глотки – это

- 1) изолированные травмы;+
- 2) колотые травмы;
- 3) комбинированные травмы;
- 4) резаные травмы.

3. Внутритканевое кровотечение нередко приводит к

- 1) инсульту;
- 2) инфицированию с последующим абсцедированием;+
- 3) сдавлению дыхательных путей;+
- 4) смерти.

4. Выделяют следующие виды наружных ранений глотки

- 1) колотые;+
- 2) огнестрельные;+
- 3) резаные;+
- 4) термические;
- 5) ушибленные.+

5. Выделяют следующие механические травмы верхних дыхательных путей

- 1) внутренние;+
- 2) наружные;+
- 3) острые;+
- 4) термические;
- 5) тупые.+

6. Главной причиной смерти детей до 6 лет является

- 1) аспирация инородных тел;+
- 2) разновидность ринита, чаще определяющаяся в старческом возрасте;
- 3) разновидность ринита, чаще определяющаяся у детей;
- 4) разновидность ринита, чаще определяющаяся у мужчин.

7. Диагностика травм и ранений глотки основана на данных

- 1) анамнеза и наружного осмотра;+
- 2) лабораторных исследований;
- 3) пальпации;+
- 4) рентгенологического исследования;+
- 5) фарингоскопического исследования.+

8. Если некротические повреждения ограничены слизистой оболочкой, то возникает

- 1) глубокий спаечно-рубцовый процесс, нарушающий эластичность всей стенки;
- 2) глубокий спаечно-рубцовый процесс, не нарушающий эластичности всей стенки;
- 3) поверхностный спаечно-рубцовый процесс, нарушающий эластичность всей стенки;
- 4) поверхностный спаечно-рубцовый процесс, не нарушающий эластичности всей стенки.+

9. Если присутствует входное и выходное отверстия, ранения называют

- 1) изолированными;
- 2) сквозными;+
- 3) слепыми;
- 4) сочетанными.

10. Если присутствует только входное отверстие, ранения называют

- 1) изолированными;
- 2) сквозными;
- 3) слепыми;+
- 4) сочетанными.

11. Инородные тела верхних дыхательных путей по происхождению разделяют на

- 1) живые;+
- 2) неорганические;+
- 3) органические;+
- 4) фиксированные.

12. Инородные тела дыхательных путей встречаются чаще

- 1) у взрослых;
- 2) у детей до 1 года;
- 3) у детей до 5 лет;+
- 4) у детей старше 5 лет.

13. Иррадиация боли в ухо при травме глотки указывает на

- 1) повреждение боковых стенок носоглотки;+
- 2) повреждение височной кости;
- 3) повреждение наружного слухового прохода;
- 4) повреждение устьев слухов труб.+

14. Исчезновение анатомических ориентиров на шее во время пальпации при тупой травме гортани может указывать на

- 1) гематому;+
- 2) перелом гортани;+
- 3) перелом подъязычной кости;+
- 4) разрыв слизистой оболочки.

15. К внутренним повреждениям гортани и трахеи относятся

- 1) интубационная травма;+
- 2) повреждения, вызванные в результате автомобильных аварий;
- 3) повреждения, вызванные инородными телами;+
- 4) повреждения, которые могут быть вызваны различными вредными воздействиями.+

16. К наружным механическим травмам верхних дыхательных путей относятся

- 1) закрытые травмы;+
- 2) колотые травмы;
- 3) открытые травмы;+
- 4) резаные травмы.

17. К острым наружным травмам верхних дыхательных путей относятся

- 1) закрытые травмы;
- 2) **колотые травмы;**+
- 3) открытые травмы;
- 4) **резаные травмы.**+

18. Клиническая картина ожогов глотки и пищевода зависит от

- 1) анатомических особенностей строения глотки и пищевода;
- 2) **природы вещества, вызвавшего ожог;**+
- 3) **распространенности процесса;**+
- 4) **степени ожога.**+

19. Кровохарканье при тупой травме гортани может указывать на

- 1) гематому;
- 2) перелом гортани;
- 3) перелом подъязычной кости;
- 4) **разрыв слизистой оболочки.**+

20. Кровь, попадая в дыхательные пути, может служить причиной

- 1) **аспирационной пневмонии;**+
- 2) **асфиксии;**+
- 3) контузии;
- 4) нарушения речевой функции.

21. На слизистой оболочке губ, полости рта и глотки образуются обширные белые струпы при

- 1) ожоге азотной кислотой;
- 2) ожоге серной кислотой;
- 3) ожоге хлористоводородной кислотами;
- 4) **термическом ожоге и ожоге уксусной кислотой.**+

22. На слизистой оболочке губ, полости рта и глотки образуются обширные желтые струпы при

- 1) **ожоге азотной кислотой;**+
- 2) ожоге серной кислотой;
- 3) ожоге хлористоводородной кислотами;
- 4) термическом ожоге и ожоге уксусной кислотой.

23. На слизистой оболочке губ, полости рта и глотки образуются обширные черные, темно-бурые струпы при

- 1) ожоге азотной кислотой;
- 2) **ожоге серной кислотой и хлористоводородной кислотами;**+
- 3) ожоге уксусной кислотой;
- 4) термическом ожоге.

24. Наиболее частыми первичными симптомами при тупой травме гортани являются

- 1) **боль;**+
- 2) **дисфагия;**+
- 3) **дисфония;**+
- 4) **затруднение дыхания;**+
- 5) иррадиация боли в ухо.

25. Наружные ранения глотки – это

- 1) изолированные травмы;
- 2) **комбинированные травмы;**+
- 3) термические травмы;
- 4) химические травмы.

26. Наружные ранения гортани и трахеи являются редкостью, т.к. они надежно защищены следующими структурами

- 1) **грудиной;**+
- 2) **нижней челюстью;**+
- 3) пищеводом;
- 4) **позвоночником.**+

27. Один из частых и характерных признаков проникающего ранения дыхательных путей

- 1) гемотимпанум;
- 2) иррадиация боли в ухо;
- 3) нарушения дыхания и речевой функции;
- 4) **появления эмфиземы мягких тканей.**+

28. Ожоги глотки возникают при термических и химических поражениях, в сочетании с ожогами

- 1) **верхних дыхательных путей;**+
- 2) **желудка;**+
- 3) **нижних дыхательных путей;**
- 4) **пищевода.**+

29. Ожоги глотки и пищевода у взрослых чаще бывают в результате

- 1) несчастного случая в быту вследствие ненадлежащего хранения каустических жидкостей;
- 2) попадания в дыхательные пути горячего воздуха;
- 3) случайного проглатывания горячей пищи;
- 4) **суицидальных попыток.**+

30. Ожоги глотки и пищевода у детей обычно бывают в результате

- 1) несчастного случая в быту вследствие ненадлежащего хранения каустических жидкостей;+
- 2) попадания в дыхательные пути горячего воздуха;
- 3) случайного проглатывания горячей пищи;
- 4) суицидальных попыток.

31. Поражение подъязычного нерва проявляется

- 1) отклонением языка при высовывании в противоположную сторону ранения;
- 2) **отклонением языка при высовывании в сторону ранения;**+
- 3) параличом гортани;
- 4) парезом гортани.

32. Появление эмфиземы мягких тканей определяют по

- 1) **крепитации мягких тканей;**+
- 2) нагноению мягких тканей;
- 3) покраснению мягких тканей;
- 4) **припуханию мягких тканей.**+

33. При глубоких ранениях в области гортаноглотки показаны

- 1) **КТ органов шеи;**+
- 2) **МРТ органов шеи;**+
- 3) **рентгено-контрастное исследование;**+
- 4) фарингоскопическое исследование.

34. При инструментальном исследовании травм и ранений глотки можно увидеть

- 1) **следы геморрагии;**+
- 2) **сужение различных отделов глотки;**+
- 3) устранить инородное тело;
- 4) **участок нарушения целостности слизистой оболочки.**+

35. При комбинированных наружных ранениях в первый момент после травмы к наиболее тяжелым симптомам относят

- 1) **болевы проявления;**+
- 2) **контузию;**+
- 3) **кровотечение;**+
- 4) **нарушения дыхания и речевой функции;**+
- 5) обильное слюноотделение.

36. При нарушении дыхания, для предотвращения попадания крови и пищи в дыхательные пути и для профилактики аспирационной пневмонии, проводят

- 1) противостолбнячную сыворотку;
- 2) противошоковые мероприятия;
- 3) **трахеостомию;**+
- 4) хирургическую обработку раны.

37. При ранении глотки могут быть повреждены

- 1) **верхний отдел блуждающего нерва;**+
- 2) **глоточное нервное сплетение;**+
- 3) нижний отдел блуждающего нерва;
- 4) средний отдел блуждающего нерва.

38. При ранениях носоглотки наиболее важными симптомами выступают

- 1) **затруднение носового дыхания;**+
- 2) **кровотечение;**+
- 3) ринорея;
- 4) чихание.

39. При термических и химических ожогах клинически различают

- 1) 2 степени патологических изменений в тканях;
- 2) **3 степени патологических изменений в тканях;**+
- 3) 4 степени патологических изменений в тканях;
- 4) 5 степеней патологических изменений в тканях.

40. При термических и химических ожогах клинически различают три степени патологических изменений в тканях

- 1) 1 степень – отек слизистой оболочки;
- 2) **1 степень – эритема-выраженная гиперемия слизистой оболочки;**+
- 3) **2 степень – образование пузырей;**+

4) 2 степень – эритема-выраженная гиперемия слизистой оболочки;

5) 3 степень – некроз.+

41. Рентгенологическое исследование при травме глотки позволяет

1) выявить и определить положение инородных тел;+

2) выявить сужение различных отделов глотки;

3) установить положение костных отломков;+

4) уточнить границы поврежденной зоны.+

42. Термические ожоги обычно возникают при

1) попадании в дыхательные пути горячего воздуха, дыма (на пожаре) или пара;+

2) случайном проглатывании горячей пищи, кипятка;+

3) случайном проглатывании едкого натрия;

4) случайном проглатывании серной кислоты.

43. У детей гортань менее подвержена наружным травмам, потому что

1) менее выдается над поверхностью шеи, чем у взрослых;+

2) она еще очень подвижна;+

3) она малоподвижна;

4) содержит податливые хрящевые элементы.+

44. У детей до 12 лет преобладают

1) внутренние травматические повреждения гортани;+

2) внутренние травматические повреждения трахеи;+

3) наружные травматические повреждения гортани;

4) наружные травматические повреждения трахеи.

45. У детей переломы перстневидного и щитовидного хрящей

1) очень часто встречаются;

2) почти не встречается;+

3) средне встречаются;

4) часто встречаются.

Ситуационные задачи с эталонами ответов

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

Ситуационная задача № 1

Женщина 45 лет во время обеда (ела мясной суп) поперхнулась, почувствовала боль в горле, самостоятельно пыталась вызвать рвоту, ела хлебные корки. При этом ощущала резкую боль в нижних отделах шеи. Объективно: ссадины на слизистой оболочке гортанной части глотки, небольшая гематома свободного края надгортанника, скопление слюны в грушевидных синусах. Голосовая щель свободна. Со стороны других ЛОР-органов отклонений от нормы нет.

Задание: Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ответ: Ссадина глотки. Инородное тело пищевода? Рекомендовано рентгенологическое исследование. При отсутствии инородного тела в пищеводе – щадящая диета, контроль температуры

Ситуационная задача № 2

Больной 27 лет предъявляет жалобы на затрудненное открывание рта, невозможность глотать грубую пищу из-за интенсивной боли в левой половине глотки, общее недомогание, высокую температуру тела. Болен четвертый день, безуспешно лечился дома (аспирин и анальгин внутрь, полоскание ротоглотки настоем шалфея). При исследовании определяются увеличенные лимфатические узлы в левой подчелюстной области. Рот открывает с трудом, нешироко. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, левая небная миндалина смещена к центру, определяется инфильтрат, захватывающий переднюю дужку и часть мягкого неба.

Каков диагноз? Как лечить больного? Возможно ли хирургическое лечение в данном случае, и каков его объем?

Ответ: Передневерхний паратонзиллярный абсцесс. Вскрытие абсцесса. Возможна абсцесс-тонзиллэктомия

Ситуационная задача №3

Во время еды ухи пожилой человек подавился, после чего отметил появление боли и затруднение при прохождении плотной пищи. Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Инородное тело (рыбья кость) пищевода. Направить в ЛОР отделение в экстренном порядке для удаления инородного тела с помощью эзофагоскопии.

Ситуационная задача №4

Больная 68 лет обратилась в клинику с жалобами на боль за грудиной, резкое затруднение акта дыхания. Больно и трудно глотать даже слюну. Это ощущение появилось после того, как час назад подавилась (ела рыбный суп). У больной гримаса страдания на лице. Голова наклонена кпереди. В полости рта всего шесть зубов. Слизистая десен умеренно инфильтрирована. На слизистой оболочке задней стенки глотки ссадины. «Слюнные озера» в грушевидных карманах у входа в пищевод.

Каковы предполагаемый диагноз и тактика врача?

Ответ: Инородное тело пищевода (мясная кость). Рентгенография пищевода. Эзофагоскопия в условиях общей анестезии.

Ситуационная задача № 5

Больной, 17 лет, обратился с жалобами на затрудненное дыхание и глотание, слюнотечение, припухлость на шее, кашель с прожилками крови в мокроте. Из анамнеза известно, что 4 часа назад, спускаясь по лестнице, споткнулся и ударился о перила передней поверхностью шеи. Объективно: на передней поверхности шеи, справа от срединной линии – гематома, болезненность в области щитовидного хряща. Ларингоскопически: имеется кровоизлияние в ложную, истинную и черпало-надгортанную складки справа, некоторое ограничение подвижности этой половины гортани. Левая половина гортани не изменена, подвижна. Голосовая щель сужена.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Хондроперихондрит гортани. Лечение: антибиотики, сульфаниламиды, обезболивающие средства, полужидкая пища, глюкокортикоиды, электрофорез с йодистым калием, УВЧ, витамины группы В.

Ситуационная задача № 6

В ЛОР кабинет обратился больной с жалобой на боли в горле при глотании. Час назад ел рыбу, внезапно почувствовал сильные колющие боли в глотке. Объективно: общее состояние удовлетворительное, дыхание свободное, при прямой гипофарингоскопии в левом грушевидном синусе видно инородное тело (рыбная кость), внедрившееся в слизистую оболочку стенки глотки.

Диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Инородное тело левого грушевидного синуса (рыбья кость). Необходимо после анестезии 2-х % раствором дикаина (10% лидокаина) удалить при непрямой гипофарингоскопии инородное тело гортанными щипцами.

Ситуационная задача № 7

Больная во время еды абрикосов проглотила косточку, наступила полная непроходимость пищевода. Страдает рубцовым стенозом пищевода много лет. При эзофагоскопии с большим трудом косточку удалили. На следующий день появилась боль за грудиной, повысилась температура до 39°C.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Инородное тело пищевода. Травма пищевода. Перизофагит. Лечебная тактика: голод, парентеральное питание, антибиотики в больших дозах, дезинтоксикационная терапия. Р-графия средостения для исключения медиастинита.

Ситуационная задача № 8

Двадцатилетняя работница шесть дней назад заболела ангиной. Два дня назад боль при глотании усилилась, стали иррадиировать в ухо. Появилась пульсирующая боль в правой половине шеи. Больная бледна, измучена. Из рта течёт слюна. Речь затруднена, с гнусавым оттенком. Открывание рта ограничено. Передняя нёбная дужка справа резко инфильтрирована, гиперемирована, язычок и мягкое небо отёчны, миндалина смещена к средней линии.

Каков диагноз?

Ответ: Левосторонний передневерхний паратонзиллярный абсцесс.

Ситуационная задача № 9

Больной, 35 лет, жалуется на боли при глотании в горле, хрипоту, кашель, затруднение дыхания, недомогание, повышенную температуру. Из анамнеза известно, что 2 месяца назад в автомобильной катастрофе получил множественные ушибы тела, в том числе передних отделов шеи. Лечился в хирургическом отделении, где по поводу затруднения дыхания произведена трахеотомия. Отмечалось высокая температура, сильные боли в области шеи. После проведенного лечения деканюлирован и выписан на амбулаторное лечение, но продолжал предъявлять перечисленные выше жалобы. Объективно: При наружном осмотре имеется сглаженность контуров, некоторая припухлость и болезненность гортани при пальпации, увеличение шейных лимфатических узлов. Со стороны носа, глотки и ушей патологии не выявлено. Ларингоскопически: гиперемия и патологии не выявлено. Ларингоскопически: гиперемия и небольшая отечность слизистой оболочки всей гортани, инфильтрация надгортанника и черпаловидных хрящей. Ограничение подвижности обеих половин гортани.

Предполагаемый диагноз? План лечения?

Ситуационная задача № 10

Вследствие транспортной аварии гражданин Ю. на протяжении 2,5 часов находился в бессознательном состоянии. После этого предъявил жалобы на диффузную головную боль, снижение слуха на левое ухо, наличие крови в полости носа и глотке.

Оториноларингологом выявлено следующее: барабанная перепонка левого уха темно-синего цвета, целая, без четких распознавательных знаков; в полости носа и на слизистой оболочке ротоглотки - светло-красная кровь. После удаления крови с помощью ваты, намотанной на зонд, нарушение целостности слизистой оболочки носа и глотки не выявлены. Рентгенологически нет данных про перелом костных структур уха, носа и глотки.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз.
2. Какие вспомогательные исследовательский приемы необходимо сделать в этом случае?
3. Чем объяснить цвет барабанной перепонки, причину (возможные источники) и название (латинскую) этого явления?
4. Источник наличия крови в носу и глотке?

Раздел 10. Травмы, инородные тела гортани, трахеи, неотложная помощь.

Тестовые задания с эталонами ответов

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10)

1. В редких случаях возможно ранение шейного симпатического ствола, что характеризуется триадой симптомов

- 1) расширением глазной щели;
- 2) сужением глазной щели;+
- 3) сужением зрачка на стороне поражения (синдром Бернара-Горнера);+
- 4) эндофтальмом.+

2. Внутренние ранения глотки – это

- 1) изолированные травмы;+
- 2) колотые травмы;
- 3) комбинированные травмы;
- 4) резаные травмы.

3. Внутритканевое кровотечение нередко приводит к

- 1) инсульту;
- 2) инфицированию с последующим абсцедированием;+
- 3) сдавлению дыхательных путей;+
- 4) смерти.

4. Выделяют следующие виды наружных ранений глотки

- 1) колотые;+
- 2) огнестрельные;+
- 3) резаные;+
- 4) термические;
- 5) ушибленные.+

5. Выделяют следующие механические травмы верхних дыхательных путей

- 1) внутренние;+
- 2) наружные;+
- 3) острые;+
- 4) термические;
- 5) тупые.+

6. Главной причиной смерти детей до 6 лет является

- 1) аспирация инородных тел;+
- 2) разновидность ринита, чаще определяющаяся в старческом возрасте;
- 3) разновидность ринита, чаще определяющаяся у детей;
- 4) разновидность ринита, чаще определяющаяся у мужчин.

7. Диагностика травм и ранений глотки основана на данных

- 1) анамнеза и наружного осмотра;+
- 2) лабораторных исследований;
- 3) пальпации;+
- 4) рентгенологического исследования;+
- 5) фарингоскопического исследования.+

8. Если некротические повреждения ограничены слизистой оболочкой, то возникает

- 1) глубокий спаечно-рубцовый процесс, нарушающий эластичность всей стенки;
- 2) глубокий спаечно-рубцовый процесс, не нарушающий эластичности всей стенки;
- 3) поверхностный спаечно-рубцовый процесс, нарушающий эластичность всей стенки;
- 4) поверхностный спаечно-рубцовый процесс, не нарушающий эластичности всей стенки.+

9. Если присутствует входное и выходное отверстия, ранения называют

- 1) изолированными;
- 2) сквозными;+
- 3) слепыми;
- 4) сочетанными.

10. Если присутствует только входное отверстие, ранения называют

- 1) изолированными;
- 2) сквозными;

3) слепыми;+

4) сочетанными.

11. Инородные тела верхних дыхательных путей по происхождению разделяют на

1) живые;+

2) неорганические;+

3) органические;+

4) фиксированные.

12. Инородные тела дыхательных путей встречаются чаще

1) у взрослых;

2) у детей до 1 года;

3) у детей до 5 лет;+

4) у детей старше 5 лет.

13. Иррадиация боли в ухо при травме глотки указывает на

1) повреждение боковых стенок носоглотки;+

2) повреждение височной кости;

3) повреждение наружного слухового прохода;

4) повреждение устьев слухов труб.+

14. Исчезновение анатомических ориентиров на шее во время пальпации при тупой травме гортани может указывать на

1) гематому;+

2) перелом гортани;+

3) перелом подъязычной кости;+

4) разрыв слизистой оболочки.

15. К внутренним повреждениям гортани и трахеи относятся

1) интубационная травма;+

2) повреждения, вызванные в результате автомобильных аварий;

3) повреждения, вызванные инородными телами;+

4) повреждения, которые могут быть вызваны различными вредными воздействиями.+

16. К наружным механическим травмам верхних дыхательных путей относятся

1) закрытые травмы;+

2) колотые травмы;

3) открытые травмы;+

4) резаные травмы.

17. К острым наружным травмам верхних дыхательных путей относятся

1) закрытые травмы;

2) колотые травмы;+

3) открытые травмы;

4) резаные травмы.+

18. Клиническая картина ожогов глотки и пищевода зависит от

1) анатомических особенностей строения глотки и пищевода;

2) природы вещества, вызвавшего ожог;+

3) распространенности процесса;+

4) степени ожога.+

19. Кровохарканье при тупой травме гортани может указывать на

1) гематому;

2) перелом гортани;

3) перелом подъязычной кости;

4) разрыв слизистой оболочки.+

20. Кровь, попадая в дыхательные пути, может служить причиной

1) аспирационной пневмонии;+

2) асфиксии;+

3) контузии;

4) нарушения речевой функции.

21. На слизистой оболочке губ, полости рта и глотки образуются обширные белые струпы при

1) ожоге азотной кислотой;

2) ожоге серной кислотой;

3) ожоге хлористоводородной кислотами;

4) термическом ожоге и ожоге уксусной кислотой.+

22. На слизистой оболочке губ, полости рта и глотки образуются обширные желтые струпы при

1) ожоге азотной кислотой;+

2) ожоге серной кислотой;

3) ожоге хлористоводородной кислотами;

4) термическом ожоге и ожоге уксусной кислотой.

23. На слизистой оболочке губ, полости рта и глотки образуются обширные черные, темно-бурые струпы при

- 1) ожоге азотной кислотой;
- 2) ожоге серной кислотой и хлористоводородной кислотами;+
- 3) ожоге уксусной кислотой;
- 4) термическом ожоге.

24. Наиболее частыми первичными симптомами при тупой травме гортани являются

- 1) боль;+
- 2) дисфагия;+
- 3) дисфония;+
- 4) затруднение дыхания;+
- 5) иррадиация боли в ухо.

25. Наружные ранения глотки – это

- 1) изолированные травмы;
- 2) комбинированные травмы;+
- 3) термические травмы;
- 4) химические травмы.

26. Наружные ранения гортани и трахеи являются редкостью, т.к. они надежно защищены следующими структурами

- 1) грудиной;+
- 2) нижней челюстью;+
- 3) пищеводом;
- 4) позвоночником.+

27. Один из частых и характерных признаков проникающего ранения дыхательных путей

- 1) гемоторимпанум;
- 2) иррадиация боли в ухо;
- 3) нарушения дыхания и речевой функции;
- 4) появления эмфиземы мягких тканей.+

28. Ожоги глотки возникают при термических и химических поражениях, в сочетании с ожогами

- 1) верхних дыхательных путей;+
- 2) желудка;+
- 3) нижних дыхательных путей;
- 4) пищевода.+

29. Ожоги глотки и пищевода у взрослых чаще бывают в результате

- 1) несчастного случая в быту вследствие ненадлежащего хранения каустических жидкостей;
- 2) попадания в дыхательные пути горячего воздуха;
- 3) случайного проглатывания горячей пищи;
- 4) суицидальных попыток.+

30. Ожоги глотки и пищевода у детей обычно бывают в результате

- 1) несчастного случая в быту вследствие ненадлежащего хранения каустических жидкостей;+
- 2) попадания в дыхательные пути горячего воздуха;
- 3) случайного проглатывания горячей пищи;
- 4) суицидальных попыток.

31. Поражение подъязычного нерва проявляется

- 1) отклонением языка при высовывании в противоположную сторону ранения;
- 2) отклонением языка при высовывании в сторону ранения;+
- 3) параличом гортани;
- 4) парезом гортани.

32. Появление эмфиземы мягких тканей определяют по

- 1) крепитации мягких тканей;+
- 2) нагноению мягких тканей;
- 3) покраснению мягких тканей;
- 4) припуханию мягких тканей.+

33. При глубоких ранениях в области гортано-глотки показаны

- 1) КТ органов шеи;+
- 2) МРТ органов шеи;+
- 3) рентгено-контрастное исследование;+
- 4) фарингоскопическое исследование.

34. При инструментальном исследовании травм и ранений глотки можно увидеть

- 1) следы геморрагии;+
- 2) сужение различных отделов глотки;+
- 3) устранить инородное тело;
- 4) участок нарушения целостности слизистой оболочки.+

35. При комбинированных наружных ранениях в первый момент после травмы к наиболее тяжелым симптомам относят

- 1) болевые проявления;+
- 2) контузию;+
- 3) кровотечение;+
- 4) нарушения дыхания и речевой функции;+
- 5) обильное слюноотделение.

36. При нарушении дыхания, для предотвращения попадания крови и пищи в дыхательные пути и для профилактики аспирационной пневмонии, проводят

- 1) противостолбнячную сыворотку;
- 2) противошоковые мероприятия;
- 3) трахеостомию;+
- 4) хирургическую обработку раны.

37. При ранении глотки могут быть повреждены

- 1) верхний отдел блуждающего нерва;+
- 2) глоточное нервное сплетение;+
- 3) нижний отдел блуждающего нерва;
- 4) средний отдел блуждающего нерва.

38. При ранениях носоглотки наиболее важными симптомами выступают

- 1) затруднение носового дыхания;+
- 2) кровотечение;+
- 3) ринорея;
- 4) чихание.

39. При термических и химических ожогах клинически различают

- 1) 2 степени патологических изменений в тканях;
- 2) 3 степени патологических изменений в тканях;+
- 3) 4 степени патологических изменений в тканях;
- 4) 5 степеней патологических изменений в тканях.

40. При термических и химических ожогах клинически различают три степени патологических изменений в тканях

- 1) 1 степень – отек слизистой оболочки;
- 2) 1 степень – эритема-выраженная гиперемия слизистой оболочки;+
- 3) 2 степень – образование пузырей;+
- 4) 2 степень – эритема-выраженная гиперемия слизистой оболочки;
- 5) 3 степень – некроз.+

41. Рентгенологическое исследование при травме глотки позволяет

- 1) выявить и определить положение инородных тел;+
- 2) выявить сужение различных отделов глотки;
- 3) установить положение костных отломков;+
- 4) уточнить границы поврежденной зоны.+

42. Термические ожоги обычно возникают при

- 1) попадании в дыхательные пути горячего воздуха, дыма (на пожаре) или пара;+
- 2) случайном проглатывании горячей пищи, кипятка;+
- 3) случайном проглатывании едкого натрия;
- 4) случайном проглатывании серной кислоты.

43. У детей гортань менее подвержена наружным травмам, потому что

- 1) менее выдается над поверхностью шеи, чем у взрослых;+
- 2) она еще очень подвижна;+
- 3) она малоподвижна;
- 4) содержит податливые хрящевые элементы.+

44. У детей до 12 лет преобладают

- 1) внутренние травматические повреждения гортани;+
- 2) внутренние травматические повреждения трахеи;+
- 3) наружные травматические повреждения гортани;
- 4) наружные травматические повреждения трахеи.

45. У детей переломы перстневидного и щитовидного хрящей

- 1) очень часто встречаются;
- 2) почти не встречается;+
- 3) средне встречаются;
- 4) часто встречаются.

Ситуационные задачи с эталонами ответов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

Ситуационная задача № 1

В приемное отделение обратился больной 43 лет с жалобами на умеренную боль в области горла, которая усиливается при глотании, боль преимущественно локализована слева, в проекции щитовидного хряща слева. Болен в течение суток. Боли в области горла появились накануне после переохлаждения, нарастали постепенно. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,1, пальпация шеи в области верхнего края щитовидного хряща слева умеренно болезненна. Ларингоскопически определяется выраженный отек и инфильтрация слизистой оболочки в области черпало-надгортанной складки и черпаловидного хряща слева, голосовая щель 1,2 см, дыхание свободное, явление дисфонии.

Ваш диагноз? Лечебная тактика.

Ответ: Острый отечно-инфильтративный ларингит.

- а) Госпитализация в ЛОР-отделение.
- б) Парентерально введение препаратов, уменьшающих отек (антигистаминные средства, мочегонные, стероидные противовоспалительные препараты)
- в) Антибактериальная терапия (синтетические пенициллины, цефалоспорины).

Ситуационная задача № 2

В приемное отделение бригадой «Скорой» доставлена больная 53 лет с жалобами на ощущение инородного тела в горле, покалывание, усиливающиеся при глотании. Объективно в области основания надгортанника на язычной поверхности имеется рыбная кость.

Ваш диагноз? Назначьте лечения

Ответ: Инородное тело гортаноглотки (рыбная кость). а) Удаление инородного тела.

Ситуационная задача № 3

В приемное отделение «Скорой» доставлен больной 34 лет с диагнозом «Паратонзиллярный абсцесс» у больного жалобы на интенсивные боли в горле, слабость, охриплость, ощущение «нехватки воздуха», боли усиливаются при глотании, прием пищи затруднен. Болен в течение двух дней. Общее состояние тяжелое, температура тела 38,5⁰С. Объективно открывание рта затруднено, слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована, признаков паратонзиллярного абсцесса не выявлено, при непрямой ларингоскопии слизистая оболочка язычной поверхности надгортанника инфильтрирована, отечна, надгортанник ригиден, «нависает» над гортанью, нижележащие отделы гортани не обозримы, дыхание затруднено при физической нагрузке, дисфония.

Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Абсцесс надгортанника, отечно – инфильтративный ларингит, острый стеноз гортани I ст.

- а) Лечение в условиях стационара.
- б) Медикаментозное дестенозирование.
- в) Вскрытие абсцесса надгортанника.
- г) Антибактериальная терапия (цефалоспорины).

Ситуационная задача № 4

В ЛОР отделении находится больной 56 лет с диагнозом «Отечноинфильтративный ларингит, сахарный диабет первого типа, средней тяжести». Несмотря на проводимую антибактериальную и противоотечную терапию состояние больного ухудшилось: появились и стали нарастать боли в области шеи, затруднение дыхания и глотания, усилились явления дисфонии. На передней поверхности шеи кожа гиперемирована, напряжена при пальпации резко болезненна, температура тела фебрильная, в крови лейкоцитоз. При непрямой ларингоскопии слизистая оболочка гортаноглотки и гортани гиперемирована, инфильтрирована, за счет чего вестибулярный отдел гортани сужен до 5 мм, голосовые складки не обозримы. Дыхание затруднено, инспираторная одышка в покое до 24 в 1 мин, дисфония.

Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Флегмона шеи, флегмонозный ларингит, острый стеноз гортани II ст.

- а) Хирургическое (первый этап - наложение трахеостомы, второй этап - вскрытие флегмоны шеи наружным доступом, адекватное дренирование).
- б) Симптоматическая терапия.
- в) Коррекция глюкозы крови (введение инсулина по схеме).

Ситуационная задача № 5

У больной 70 лет жалобы на боли в области шеи у верхнего края щитовидного хряща справа, боли усиливаются при глотании. Прием жесткой пищи затруднен. Перечисленные жалобы больная связывает с приемом в пищу курицы за 5 дней до обращения к врачу, когда сначала появилось ощущение инородного тела, а затем боли. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,5⁰ С, пальпация шеи в области верхнего края щитовидного хряща справа умеренно болезненна. При непрямой ларингоскопии имеется выраженный отек, инфильтрация и гиперемия слизистой оболочки черпало-надгортанной складки справа, в правом грушевидном синусе симптом «слюнного озера», инородное тело визуально не обнаружено.

Ваш диагноз? Назначьте дополнительные обследования и лечения.

Ответ: Инородное тело правого грушевидного синуса.

- а) Rg-графия пищевода с барием.

- б) Удаление инородного тела
- в) Антибактериальная терапия.

Ситуационная задача № 6

Бригадой СМП в приемное отделение доставлен больной 18 лет. Состояние крайне тяжелое, дыхание стридорозное, кожные покровы бледно-серые, больной сидит в кресле - каталке, при вдохе над- и подключичные ямки втягиваются. Со слов сопровождающих родителей был укушен осой в область шеи. При непрямой ларингоскопии определяется тотальный стекловидный отек гортаноглотки, голосовая щель 2- 3 мм.

Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Острый стеноз гортани III ст., аллергический отек гортани.

- а) Срочная трахеостомия, проведение медикаментозного дестенозирования

Ситуационная задача № 7

У больной 23 лет, жалобы на затруднение дыхания, боль в области передней поверхности шеи, афонию. Со слов больной травмы получены в ДТП.

Состояние средней тяжести, в сознании, инспираторная одышка в покое до 24 в мин. На передней поверхности шеи имеется осаднение кожи. Пальпация области гортани резко болезненна, ларингоскопически определяется синеватая припухлость левой половины гортани, голосовая щель 7 мм.

Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Ушиб гортани, гематома гортани, стеноз гортани II ст.

- а) Динамическое наблюдение,
- б) медикаментозное дестенозирование,
- в) при нарастании клиники стеноза решается вопрос о наложении трахеостомы.
- г) Антибактериальная терапия

Ситуационная задача № 8

У больной 66 лет жалобы на затруднение дыхания, охриплость, затруднение глотания и приема пищи. Жалобы на изменение голоса появились год назад, дыхание затруднено в течение нескольких месяцев. Не лечился. В последние сутки затруднение дыхания усилилось, появилась одышка в покое. Состояние больного тяжелое, кожные покровы бледно-серые, инспираторная одышка в покое, дыхание стридорозное. При пальпации гортани - щитовидный хрящ развернут, симптом «хруста» не определяется, пальпируются плотные, безболезненные подчелюстные и передние шейные лимфатические узлы. Ларингоскопически в вестибулярном отделе гортани имеется округлое образование, суживающее просвет гортани до 2-3 мм, афония.

Ваш диагноз? Назначьте обследование и лечение

Ответ: Хронический стеноз гортани III ст., злокачественное новообразование вестибулярного отдела гортани с прорастанием в пищевод.

- а) Срочная коникотомия, с последующим наложением трахеостомы в типичном месте.
- б) Симптоматическая терапия.

Ситуационная задача № 9

У больного наступило удушье на операционном столе сразу после экстубации. Была произведена струмэктомия. Объективно: имеются явления ларингеального стеноза 3-4 степени; истинные голосовые складки сомкнуты по срединной линии, между ними щель, при дыхательных движениях не расходятся.

Какая патология в данном случае имеет место? Что делать?

Ответ: Травма обоих возвратных нервов. Необходима трахеотомия.

Ситуационная задача № 10

У 3-х летнего ребенка во время сна неожиданно начался лающий кашель, дыхание затруднено, шумное, преимущественно затруднен вдох. При осмотре во время дыхания имеется втяжение межреберных промежутков, над и подключичных ямок, губы синюшные, голос звучный.

Диагноз? Стадия стеноза?

Ответ: Ложный круп (или подскладковый ларингит, или острый стенозирующий ларинготрахеит). Ларингеальный стеноз 2-3 степени.

Ситуационная задача № 11

Больной доставлен скорой помощью, жалуется на затруднение дыхания, жжение и боль в горле, поперхивание при приеме воды, охриплость. Час назад во время еды арбуза был укушен осой. В анамнезе пищевая и медикаментозная аллергия. При осмотре язык резко отечен, с трудом помещается во рту, стекловидный отек надгортанника и ложных голосовых складок, голосовая щель сужена. Температура 37,3° С, стеноз гортани 1 степени.

Диагноз? Методы лечения?

Ответ: Ложный круп (или подскладковый ларингит, или острый стенозирующий ларинготрахеит). Стеноз гортани 2-3 степени.

Ситуационная задача № 12

Ребенок, 4 лет, ел арбуз, внезапно поперхнулся, посинел, перестал дышать. Затем задышал, но появился приступообразный кашель, периодически затрудненное дыхание. Объективно: состояние средней тяжести, дыхание несколько затруднено. Сильный приступообразный кашель, во время которого на трахее выслушивается симптом хлопанья. При аускультации легких выслушиваются сухие хрипы с обеих сторон, при перкуссии и рентгенографии патологии не обнаружено.

Поставьте диагноз. Определите тактику лечения.

Ответ: Инородное тело трахеи. Необходимо, под наркозом, провести срочную верхнюю трахеобронхоскопию и удалить инородное тело трахеи.

Ситуационная задача № 13

Ребенок, 3-х с половиной лет, держал во рту подсолнечные семечки, внезапно поперхнулся, посинел, появился сильный приступообразный кашель, затруднение дыхания. Срочно доставлен в ЛОР отделение. Объективно: общее состояние средней тяжести; температура нормальная, пульс – 120. Слизистая оболочка ВДП не изменена. Правая половина грудной клетки несколько отстает в дыхании. При аускультации – ослабленное дыхание над всем правым легким, перкуторно – звук здесь укорочен. На рентгенограмме – ослабление прозрачности правого легкого и смещение органов средостения при вдохе вправо.

Поставьте диагноз. Определите план лечения.

Ответ: Инородное тело правого бронха. Ателектаз правого легкого. Необходима поднаркозная верхняя трахеобронхоскопия с удалением инородного тела из правого бронха.

Ситуационная задача № 14

Больная 24 лет жалуется на сильную боль при поворотах головы, глотании, ознобы, повышенную потливость. Заболевание началось остро три дня назад с подъема температуры до 38°C.

При осмотре: увеличены и болезненны все группы шейных лимфатических узлов. Слизистая оболочка глотки и гортани гиперемирована, умеренно отечна. На язычной поверхности надгортанника имеется округлое выпячивание, на вершине которого — желтое пятно. Нижележащие отделы гортани не просматриваются.

Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Ответ: Абсцесс надгортанника. Вскрытие абсцесса. Госпитализация в ЛОР-стационар, антибактериальная дезинтоксикационная терапия.

Ситуационная задача № 15

У трехлетнего ребенка во сне неожиданно начался лающий кашель, дыхание стало шумным. В акте дыхания участвовала вся вспомогательная мускулатура, губы посинели, ребенку явно не хватает воздуха, он беспокоен, покрылся холодным потом. Голос остается звучным, температура тела незначительно повышена. Приступ удушья возник на фоне полного благополучия.

Каков диагноз? Какую помощь следует оказать больному?

Ответ: Острый стенозирующий ларинготрахеит. Отвлекающие процедуры, ингаляции с кортикостероидами, сосудосуживающие средства, гипосенсибилизирующие медикаменты внутримышечно, в тяжелых случаях – кортикостероиды системно.

Ситуационная задача № 16

Ребенок 4 лет два дня не посещал детский сад в связи с острым респираторно-вирусным заболеванием. Ночью внезапно проснулся, беспокоен, мечется дыхание шумное, выражена инспираторная одышка, голос звучный. Непрямую ларингоскопию произвести в приемном покое детской больницы, куда доставили ребенка, не удастся.

Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Ответ: Острый стенозирующий ларинготрахеит. Дегидратация, дезинтоксикация, антибактериальное лечение, антигистаминные препараты. Наблюдение.

Ситуационная задача № 17

Больной У., 17 лет, жалуется на боль в горле при глотании, затрудненное дыхание, повышение температуры до 39°. Болен 3 дня. Заболел после переохлаждения.

Объективно: слизистая оболочка гортани гиперемирована. Выраженный отек левой черпалонадгортанной складки, черпаловидного хряща, желудочковой складки слева. Вход в гортань сужен. Другие отделы гортани не изменены. Дыхание в покое шумное.

Диагноз? Лечение?

Ответ: Гортанная ангина. Госпитализация больного. Противовоспалительная терапия, отвлекающее лечение, физиотерапия.

Раздел 11. Организации помощи пациентам с заболеваниями ЛОР-органов

Контрольные вопросы

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Общие вопросы организации медицинской помощи населению по профилю «Оториноларингология». Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа. Нормативные документы по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа.
2. Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа.
3. Организация помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа. Амбулаторно-поликлиническая помощь пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа. Организация работы кабинета оториноларинголога.
4. Клинические рекомендации, протоколы и стандарты по лечению заболеваний ЛОР-органов, регламентирующие работу врача амбулаторно-поликлинической службы.
5. Принципы применения клинических рекомендаций (протоколов лечения) и стандартов.
6. Основные принципы работы с медицинской документацией и организация деятельности медицинского персонала.
7. Правила заполнения медицинской документации на приеме.
8. Принципы рациональной антибактериальной терапии в оториноларингологии. Основные принципы первичной хирургической помощи больным с патологией ЛОР-органов в условиях оториноларингологического стационара.
9. Принципы назначения деконгестантов, антигистаминных, муколитических, препаратов, топических глюкокортикостероидов, топических и системных обезболивающих и противовоспалительных препаратов, топических антисептиков и антибиотиков, клиническая фармакология основных лекарственных средств, применяемых в оториноларингологической практике.
10. Акуметрическое исследование и вестибулярные пробы, применяемые в оториноларингологии в условиях ЛОР-кабинета поликлиники.
11. Организация стационарной помощи. Анализ качества и эффективности стационарной медицинской помощи. Стационарзамещающие формы медицинской помощи. Редкие стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи. Обеспеченность стационарной помощью населения России. Анализ показателей деятельности стационара.

Раздел 12. Актуальные вопросы детской оториноларингологии

Контрольные вопросы

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Уродства и пороки развития уха: дисплазия наружного уха, врожденная ушная фистула. Их значение в общей патологии детского возраста. Инородные тела уха у детей. Распознавание, способы удаления.
2. Острый средний отит у новорожденных и детей грудного возраста. Патогенез, клиника, диагностика, лечение. Антрит явный, латентный, его распознавание и лечение. Осложнения. Показания к антропункции, антротомии. Медикаментозное лечение, неотложная помощь при отоантрите. Рецидивирующий острый средний отит у детей. Патогенез, клиника, осложнения, лечение.
3. Особенности течения и лечения хронического среднего отита у детей. Особенности клинического течения отогенных внутричерепных осложнений и отогенного сепсиса у детей.
4. Экссудативный средний отит у детей. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение, профилактика.
5. Внезапная и острая сенсоневральная тугоухость у детей. Этиология, патогенез, классификация, клиника, принципы лечения. Кохлеовестибулярный неврит. Хроническая стадия сенсоневральной тугоухости у детей. Диагностика, лечение, профилактика.
6. Врожденная атрезия хоан (распознавание, методы лечения). Наружные и внутренние мозговые грыжи носа. Травмы носа и околоносовых пазух у детей. Классификация, механизм, принципы оказания неотложной помощи и лечения. Врожденные и приобретенные дефекты и деформации носа. Носовые кровотечения у детей: причины, неотложная помощь, общие и местные способы остановки кровотечения.
7. Острый насморк у детей, дифференциальная диагностика с аллергическим ринитом, взаимодействие специалистов. Этиология, патогенез, клиника (стадии), лечение и профилактика. Острый ринофарингит у детей грудного возраста. Симптомы, распознавание, неотложная помощь, профилактика осложнений.
8. Хронические риниты у детей. Этиология, патогенез, клиника, принципы лечения и профилактики. Острые и хронические синуситы у детей. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, классификация. Принципы диагностики. Острый остеомиелит верхней челюсти у детей. Бронхолегочные осложнения. Патогенез, клинические варианты, принципы лечения. Значение совместной работы оториноларинголога и педиатра в диагностике и лечении этих состояний.
9. Заглоточный абсцесс. Этиология, патогенез, клиническая картина с учетом локализации гнойника. Дифференциальная диагностика. Лечение.

10. Гипертрофия лимфаденоидного глоточного кольца. Этиология и патогенез. Аденоидные разрастания. Клиника, диагностика, лечение. Влияние аденоидов на состояние дыхательной, нервной, зубочелюстной системы у детей. Острый и хронический аденоидит. Клиника, диагностика, лечение. Аденотомия, показания, подготовка, техника операции, осложнения.
11. Гипертрофия лимфаденоидного глоточного кольца. Этиология и патогенез. Аденоидные разрастания. Клиника, диагностика, лечение. Влияние аденоидов на состояние дыхательной, нервной, зубочелюстной системы у детей. Острый и хронический аденоидит. Клиника, диагностика, лечение. Аденотомия, показания, подготовка, техника операции, осложнения. Хронический тонзиллит у детей. Определение, этиология, патогенез, клиническая классификация, клиника, диагностика. Связь хронического тонзиллита с патологией внутренних органов и нервной системой у детей. Связанные с тонзиллитом заболевания.
12. Аномалии развития глотки, пищевода (дивертикул), врожденные свищи и кисты шеи. Диагностика, принципы лечения.
13. Врожденные стенозы гортани и трахеи. Врожденный стридор гортани. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение. Аномалии развития гортани (кисты, мембраны и др.); диагностика, принципы лечения.
14. Острый катаральный ларингит у детей. Этиология и патогенез. Клиника. Лечение и профилактика. Острые ларингиты при инфекционных заболеваниях.
15. Острый подскладочный ларингит (синдром крупа). Особенности стенозов гортани у детей. Стенозы гортани. Причины и патогенез. Классификация. Клиника острого и хронического стеноза гортани. Дифференциальная диагностика стенозов гортани с другими нарушениями внешнего дыхания (ларингоспазм, бронхоспазм, стеноз трахеи).
16. Расстройства иннервации гортани. Неотложная помощь и интенсивная терапия при стенозах гортани у детей. Интубация гортани, показания, техника, возможные осложнения. Ларингоспазм у детей. Причины, клиника, неотложная помощь, лечение. Особенности трахеотомии у детей. Хронический ларингит у детей. Причины, патогенез, клинические формы, принципы лечения и профилактика.

Тестовые задания с эталонами ответов

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10)

1. Заглоточный абсцесс характерен для:
 - А) детей до трёх лет
 - Б) детей дошкольного возраста
 - В) подросткового возраста
 - Г) старческого возраста

2. Топографо-анатомические факторы, способствующие возникновению синусита у детей:
 - 1) шипы и гребни носовой перегородки, гиперплазия глоточной миндалины;
 - 2) первичные иммунодефициты;
 - 3) конституционные предпосылки;
 - 4) гиперсекреция желез слизистой оболочки носа;
 - 5) снижение мукоциллиарного клиренса.

3. При неблагоприятном течении абсцесса заглоточного клетчаточного пространства процесс может распространиться в:
 - 1) переднее средостенье;
 - 2) превисцеральное клетчаточное пространство шеи;
 - 3) заднее средостенье;
 - 4) задний отдел бокового окологлоточного клетчаточного пространства;
 - 5) околоминдаликовое клетчаточное пространство.

4. Заглоточное клетчаточное пространство содержит:
 - 1) восходящие глоточные сосуды;
 - 2) внутреннюю сонную артерию;
 - 3) единичные лимфатические узлы;
 - 4) языко-глоточный нерв;
 - 5) верхний шейный симпатический узел.

5. Передний отдел бокового окологлоточного клетчаточного пространства содержит:
 - 1) внутреннюю сонную артерию;
 - 2) верхнюю гортанную артерию;
 - 3) восходящие глоточные сосуды;
 - 4) языко-глоточный нерв;
 - 5) блуждающий нерв.

6. При неблагоприятном течении абсцесса переднего отдела бокового окологлоточного клетчаточного пространства

процесс может распространиться в:

- 1) заднее средостение;
- 2) переднее средостение;
- 3) ретровисцеральное клетчаточное пространство;
- 4) околоминдаликовое клетчаточное пространство;
- 5) крыловидно-нёбную ямку.

7. При неблагоприятном течении абсцесса заднего отдела бокового окологлоточного клетчаточного пространства процесс может распространиться в:

- 1) ретровисцеральное клетчаточное пространство;
- 2) переднее средостение;
- 3) заднее средостение;
- 4) околоминдаликовое клетчаточное пространство;
- 5) крыловидно-нёбную ямку.

8. Регионарный лимфатический узел первого порядка для небных миндалин:

- 1) яремно-лопаточно-подъязычный;
- 2) поднижнечелюстной;
- 3) передний яремный;
- 4) яремно-двубрюшный;
- 5) передний глубокий латеральный

9. Особенности удаления круглых инородных тел из носа у детей:

- 1) крючком – в сторону носоглотки;
- 2) крючком – в сторону преддверия носа;
- 3) пинцетом – в сторону носоглотки;
- 4) пинцетом – в сторону преддверия носа;
- 5) пинцетом или крючком – в сторону носоглотки

10. Острый средний отит в детском возрасте может быть при:

- 1) мононуклеозе, агранулоцитозе;
- 2) кори, скарлатине, гриппе;
- 3) ветряной оспе, бруцеллезе;
- 4) дифтерии;
- 5) туляремии, скарлатине.

11. Острый анtrit характерен для:

- 1) детей грудного и первых трех лет жизни;
- 2) детей старше 6 лет;
- 3) взрослых;
- 4) людей пожилого возраста;
- 5) людей старческого возраста.

12. Последовательность манипуляций при вскрытии заглочного абсцесса:

- 1) обезболивание, вскрытие абсцесса, пункция абсцесса с отсасыванием гноя, наклон головы вниз, расширение краев разреза;
- 2) обезболивание, пункция абсцесса с отсасыванием гноя, наклон головы вниз, вскрытие абсцесса, расширение краев разреза;
- 3) обезболивание, пункция абсцесса с отсасыванием гноя, вскрытие абсцесса, наклон головы вниз, расширение краев разреза;
- 4) обезболивание, вскрытие абсцесса, пункция абсцесса с отсасыванием гноя, расширение краев разреза, наклон головы вниз;
- 5) обезболивание, пункция абсцесса с отсасыванием гноя, вскрытие абсцесса, расширение краев разреза, наклон головы вниз.

13. Воспаление из лобной пазухи у детей старшего возраста контактно может перейти на:

- 1) турецкое седло клиновидной кости;
- 2) околоушно-жевательную область;
- 3) среднюю черепную ямку;
- 4) щечную область;
- 5) переднюю черепную ямку.

14. Особенности удаления плоских инородных тел из носа у детей:

- 1) пинцетом – в носоглотку,
- 2) крючком и пинцетом – в сторону носоглотки;
- 3) крючком – в сторону преддверия носа;
- 4) пинцетом – в сторону преддверия носа;
- 5) крючком или пинцетом - в сторону преддверия носа.

15. Наиболее предпочтительным видом трахеотомии при стенозе гортани у детей является:

- 1) нижняя трахеотомия;
- 2) верхняя трахеотомия;
- 3) средняя трахеотомия;
- 4) коникотомия;
- 5) крикотомия

16. У детей раннего возраста в среднем ухе имеется ткань, подвергающаяся в последствии некролизу:

1. эпителий
2. слизистая
3. миксоидная
4. соединительная
5. хрящевая.

17. Укажите форму надгортанника у детей первого года жизни:

1. в виде лепестка цветка;
2. широкий;
3. свернутый в полутрубку;
4. свернутый в трубку.

18. Назовите особенности строения гортани у детей:

1. надгортанник свернут в виде полутрубки, толстые складки;
2. наличие серозно-слизистых желез, рыхлой клетчатки, надгортанник свернут в виде полутрубки;
3. наличие рыхлой клетчатки в подскладочном отделе, узкая щель;
4. толстые истинные и вестибулярные голосовые складки.

19. Отличается ли бронхиальная система ребенка от бронхиальной системы взрослых по числу ветвей и их распределению?

1. отличается соответственно возрасту;
2. частично отличается;
3. не отличается.

20. Укажите основные причины голосовых нарушений у детей и подростков:

1. наличие патологических очагов в органах и системах не входящих в голосовой аппарат, врожденный вывих ключицы;
2. наличие патологических очагов в органах и системах, входящих и не входящих в голосовой аппарат, чрезмерное пение, несоблюдение возрастного диапазона;
3. врожденный вывих бедра, несоблюдение возрастного диапазона;
4. чрезмерно громкое пение, тихое пение.

21. Укажите возраст, когда обычно наступает мутация (смена голоса):

1. ранний школьный возраст (7-11 лет);
2. дошкольный (до 7 лет);
3. старший школьный возраст (12-15 лет);
4. от 5 до 18 лет.

22. Назовите причины изменения голоса во время мутации:

1. выраженные анатомические изменения скелета гортани, особенно щитовидного хряща, особенности дыхания, эндокринной системы;
2. изменения в эндокринной системе, быстрый рост перстневидного хряща;
3. нарушение координации функции наружных и внутренних мышц гортани;
4. отсутствие согласованности между дыханием и фонацией, быстрый рост надгортанника.

23. Пальцевое исследование носоглотки проводят в возрасте:

1. от 0 до 5 лет;
2. от 5 до 15 лет;
3. от 25 лет и старше;
4. во всех возрастных группах.

24. Аденоиды приводят к:

1. нарушению питания и деформации лицевого скелета;
2. нарушению равновесия и умственного развития;
3. деформации лицевого скелета и искривлению перегородки носа;
4. нарушению носового дыхания и деформации лицевого скелета.

25. Перечислите околоносовые пазухи у детей раннего возраста:

1. верхнечелюстные и лобные;
2. клетки решетчатого лабиринта и верхнечелюстная пазуха;
3. клиновидная и лобная.

26. В каком возрасте начинают формироваться лобные и клиновидные пазухи?

1. 1-3 года;
2. 3-4 года;
3. 5-6 лет;
4. 7-8 лет;
5. 10-15 лет.

27. При выполнении отоскопии у новорожденных и грудных детей ушную раковину оттягивают:

1. книзу и кзади;
2. кверху и кзади;
3. кверху и кпереди;
4. книзу и кпереди.

Ситуационные задачи с эталонами ответов

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

Ситуационная задача № 1

У ребенка 3-х лет высокая температура тела, боли в горле. Отказ от еды. При осмотре — температура 39°C, вялый, кожные покровы горячие на ощупь. В зеве увеличение и отечность миндалин, яркая гиперемия, в лакунах налеты беловато-желтого цвета. Реакция со стороны регионарных лимфоузлов.

ЗАДАНИЕ:

Назовите предварительный диагноз из перечисленных (1. Аденовирусная инфекция. 2. Острый тонзиллит. 3. Скарлатина. 4. Дифтерия.). Обоснуйте свои действия.

Ответ: Ребенок болеет лакунарной ангиной. Данных за скарлатину нет, т.к. отсутствует сыпь. Мазок на дифтерию сделать обязательно. Назначить антибиотик.

Ситуационная задача № 2

Мальчик 6 мес., болен в течение 4-х дней. Беспокоит кашель, насморк температура 37,3°C. Обратились к участковому врачу. Диагноз — ОРВИ. Назначено лечение — анаферон детский, капли в нос. Сегодня состояние больного ухудшилось, температура 38,4°C, отказывался от еды. Мать вновь обратилась к участковому врачу. Ребенок госпитализирован. При осмотре состояние больного средней тяжести за счет выраженного катарального синдрома: гиперемия конъюнктив, из носа слизисто-гнойное отделяемое, кашель частый, влажный. Веки отечны. Зев гиперемирован, миндалины отечные, гиперемированные. Пальпируются мелкие шейные, подчелюстные, подмышечные, паховые лимфатические узлы. Кожные покровы чистые. В легких дыхание жесткое, местами ослаблено, слышны хрипы. Тоны сердца отчетливые, ритм правильный, пульс 160 в 1 минуту. Живот при пальпации мягкий, печень выступает на 4 см из-под края реберной дуги. Стул скудный в течение двух дней.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Определите объем исследований. 3. Назначьте лечение.

Ответ: 1. Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка. 2. Общий анализ крови. С-реактивный белок (по возможности прокальцитонин тест). Рентгеновский снимок органов дыхания (не исключается пневмония). ИФА на оппортунистические инфекции (ЦМВ, вирус простого герпеса вирус герпеса 6 типа), консультация ЛОР-специалиста. 3. Противовирусная терапия. Решить вопрос о назначении антибиотикотерапии после получения общего анализа крови и рентгеновского снимка легких.

Ситуационная задача № 3

Мальчик, 4 года. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением серозно-гнойной или гнойной мокроты. Ребенок от второй беременности, протекавшей с незначительным токсикозом первой половины, вторых срочных родов. Масса при рождении 3500 г, длина 51 см. Вскармливался естественно. Прикорм

вводился своевременно. В массе прибавлял плохо. Масса в 1 год — 9 кг, в 2 года — 10,5 кг. Болен с первых дней жизни. Отмечались выделения из носа гнойного характера, затрудненное дыхание. В возрасте 8 месяцев впервые диагностирована пневмония. Повторные пневмонии наблюдались в возрасте одного года и 2-х лет. На первом году жизни трижды перенес отит. Со второго полугодия жизни — частые ОРВИ. У ребенка отмечался плохой аппетит, неустойчивый стул. При поступлении масса 12 кг. Ребенок вялый, апатичный. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластинки в виде «часовых стекол». ЧД — 42 в 1 мин. Перкуторно: над легкими участки притупления преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая — по правой средне-ключичной линии, левая — по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчетливо, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС — 100 уд./мин. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Пальпируется край селезенки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, болезненный по ходу толстой кишки. Общий анализ крови: эр. — $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 115 г/л, лейкоц. — $6,8 \times 10^9/л$, э — 1%, п/я — 10%, с — 52%, л — 28%, м — 9%, СОЭ — 12 мм/час. Общий анализ мочи: количество — 60,0 мл, относительная плотность мочи — 1,014, прозрачность — неполная, лейкоциты — 3–4 в п/з, эритроциты — нет. Рентгенограмма грудной клетки: легкие вздуты. Во всех легочных полях немногочисленные очаговоподобные тени, усиление и деформация бронхосудистого рисунка. Бронхоскопия: двухсторонний диффузный гнойный эндобронхит. Бронхография: двухсторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы S6, 7, 8, 9, 10 справа. Рентгенография гайморовых пазух: двухстороннее затемнение гайморовых пазух.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Как наследуется это заболевание? 3. Каковы принципы лечения заболевания? 4. Какие специалисты должны наблюдать ребенка? 5. Ваш прогноз.

Ответ: 1. Муковисцидоз, легочная форма, двухсторонний гайморит, задержка физического развития. 284 2. Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу. 3. Антибиотикотерапия при рецидиве пневмонии. Ферментотерапия (креон). Использование ингаляций пульмозима с целью разжижения мокроты и облегчения ее выделения. Муколитическая терапия с лазолваном 2–3 курса в месяц. Лечение хронического гайморита. Лечебная физкультура. 4. Пульмонолог, отоларинголог. 5. Прогноз неблагоприятный. В России больные муковисцидозом живут не более 20 лет.

Ситуационная задача № 4

Мальчик М., 5 лет, осмотрен педиатром в связи с жалобами на выделения из носа и чихание. Анамнез заболевания: ребенок заболел 2 года назад, когда в апреле появились сильный зуд и жжение глаз, слезотечение, светобоязнь, гиперемия конъюнктивы. Позднее к описанным клиническим проявлениям присоединились зуд в области носа и носоглотки, заложенность носа, затрудненное дыхание. Некоторое облегчение приносили антигистаминные препараты, гормональные мази и капли местно. В середине июня симптомы заболевания прекратились. Из семейного анамнеза известно, что мать ребенка страдает экземой, у самого больного детская экзема отмечалась до 3-х лет. При осмотре: мальчик астенического телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, больной почесывает нос, чихает. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюнктивит гиперемирован, слезотечение. Частота дыхания — 22 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены. Общий анализ крови: эр. — $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 112 г/л, лейкоц. — $7,2 \times 10^9/л$, э — 12%, п/я — 3%, с — 34%, л — 50%, м — 1%, СОЭ — 5 мм/час. Скарификационные тесты: резко положительные (+++) с аллергенами пыльцы ольхи, орешника; умеренная положительная реакция (++) к пыльце полыни.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз. 2. Наметьте план дополнительного обследования. 3. Каковы основные принципы лечения? 4. Какие ингаляционные глюкокортикоидные препараты могут быть использованы у данного больного?

Ответ: 1. Поллиноз, риноконъюнктивит. 2. Определение общих IgE и специфических IgE-антител в сыворотке крови (особенно важны при неубедительных результатах кожных проб либо при невозможности их постановки). Назальный провокационный тест проводится после постановки кожных проб. Цитологическое исследование мазков и смывов из полости носа. Эндоскопическое исследование полости носа и проба с адреналином обычно демонстрирует обратимость выявленных изменений. Активная передняя риноманометрия и акустическая ринометрия. Рентгенография, компьютерная и магнитно-резонансная томография полости носа и околоносовых пазух (диагностика осложненных форм) 285 Осмотр оториноларинголога. 3. Устранение контакта с аллергеном (если возможно), аллерген-специфическая иммунотерапия, организация гипоаллергенного быта. Фармакотерапия (антигистаминные препараты, ингаляционные глюкокортикостероиды; базисная терапия: препараты хромоглициевой кислоты (недокромил натрия, интал), деконгестанты (сосудосуживающие капли в нос), антилейкотриены (монтелукаст), антихолинергические средства. 4. В период цветения глюкокортикостероиды назначают на весь период цветения 1–2 раза в день (назонекс, авамис). Ингаляционные глюкокортикостероиды можно рассматривать как высокоэффективные средства первого ряда в лечении аллергического ринита среднетяжелого и тяжелого течения (убедительность доказательств А).

Ситуационная задача № 5

Ребенок, 9 месяцев, болен в течение трех дней. Температура 38–39 °С, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. При поступлении в стационар: состояние средней

тяжести, температура 38,3 °С, веки отечны, конъюнктивы гиперемированы. На нижнем веке справа белая пленка, снялась легко, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1–2 см, безболезненные, эластичные. Нёбные миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизисто-гнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС — 132 уд./мин. Печень +3,5 см, селезенка +1,5 см. Физиологические отправления без патологии. Общий анализ крови: эритроциты — $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 133 г/л, цв. п. — 0,93, лейкоциты — $10,9 \times 10^9$, э — 2%, п/я — 4%, с/я — 38%, л — 51%, м — 5%, СОЭ — 15 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — сол./желтый, прозрачность — прозрачная, относительная плотность — 1020, белок — 0,3%, лейкоциты — 1–3 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок — 74,0 г/л, мочевины — 5,2 ммоль/л, АЛТ — 32,2 Ед/л, АСТ — 42,4 Ед/л.

ЗАДАНИЕ: 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Определите потребность в дополнительном обследовании и консультациях. 3. Назначьте лечение

Ответ: Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, среднетяжелая форма. 2. Консультация ЛОР-врача. Рентгенография органов грудной клетки. Забор мазков-отпечатков с эпителия слизистой оболочки носа для иммунофлюоресцентного экспресс-метода, серологический метод ИФА для определения IgM к аденовирусу, ПЦР-диагностика с определением ДНК аденовирусов из различных биологических сред: крови, слизистых оболочек конъюнктивы, ротоглотки, носа. 3. Туалет глаз и носа, глазные капли (офтальмоферон), муколитические препараты, сосудосуживающие капли в нос, анаферон в течение 7 дней.

Ситуационная задача № 6

Девочке 8 лет, больна в течение недели, отмечалась заложенность носа, повышение температуры тела до 38 °С, боли при глотании. Был поставлен диагноз «лакунарная ангина» и назначен кларитромицин. Эффекта от проводимой терапии не наступило: сохранялась высокая температура, налеты на миндалинах, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Больная была госпитализирована с диагнозом «дифтерия зева?».

ЗАДАНИЕ: Диагноз? Обследование, лечение, прогноз.

Ответ: Инфекционный мононуклеоз, типичный, среднетяжелая форма. 2. Дополнительное обследование: мазок из зева на дифтерию, биохимия крови на общий билирубин, АСТ, АЛТ, общий анализ мочи, антитела к ВИЧ. 3. Постельный режим, диета (стол № 5), ацикловир на 10 дней, парацетамол при температуре более 38 °С, обильное питье, симптоматическое лечение. 4. Прогноз благоприятный.

Ситуационная задача № 7

Девочке 11 лет. Заболевание началось остро с повышения температуры до 38,6 °С, боли в горле при глотании. На второй день болезни госпитализирована с подозрением на паратонзиллярный абсцесс. Из анамнеза жизни известно, что в период новорожденности ребенку был поставлен диагноз перинатального поражения ЦНС, девочка состояла на диспансерном учете у невролога, до одного года были сделаны профилактические прививки БЦЖ и двукратно АДС–М. После года в связи с развившимся эписиндромом был оформлен постоянный медотвод от профилактических прививок. При поступлении состояние тяжелое, девочка вялая, бледная, адинамичная. Голос сдавленный. Кожные покровы чистые. В подчелюстной области и верхней части шеи с обеих сторон имеется отек мягких тканей. Рот открывает хорошо. Резкий отек мягкого нёба, язычка, миндалин. На нёбных миндалинах с обеих сторон плотный налет, распространяющийся на дужки и язычок. Гиперемия слизистой оболочки с цианотичным оттенком. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. На пятый день болезни снизился диурез. Общий анализ крови: эритроциты — $3,9 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, лейкоциты — $12,0 \times 10^9/л$, э — 0%, п/я — 10%, с/я — 60%, л — 27%, м — 3%, СОЭ — 20 мм/час. Общий анализ мочи при поступлении: соломенно-желтая, относительная плотность — 1017, белок — 0,033 г/л, лейкоциты — 2–3 в п/з.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Составьте план обследования. 3. Проведите дифференциальный диагноз. 4. Дайте прогноз заболевания. 5. Назначьте лечение. 6. Составьте план профилактических мероприятий.

Ответ: Дифтерия зева, токсическая 1 ст., тяжелая форма. 312 2. Мазок из зева и носа на дифтерийную палочку, электролиты, КОС, ЭКГ, эхокардиография, группа крови и резус-фактор, исследование уровня изоферментов креатинкиназы крови, коагулограмма, посев слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, биохимический анализ крови на общий белок, глюкозу, мочевины, креатинин, бактериологическое исследование кала, исследование кала на яйца гельминтов. 3. Дифференциальный диагноз с паратонзиллярным абсцессом. 4. Прогноз зависит от развития осложнений: миокардит, парезы. 5. Постельный режим, введение антитоксической противодифтерийной сыворотки после постановки пробы: курсовая доза 100 тыс. ЕД, разовая при поступлении — 50 тыс. ЕД. Антибиотик по выбору (макролиды, или цефалоспорины, или пенициллины), внутривенное введение жидкости с целью дезинтоксикации под контролем диуреза, антигистаминные препараты. 6. В очаге инфекции карантин на контактных на семь дней, заключительная дезинфекция, выявление контактных, оценка их прививочного статуса, однократно бактериологическое обследование в течение 48 часов на *Corinebacterium diphtheriae*, ЛОР-осмотр в течение трех дней с момента изоляции больного.

Ситуационная задача № 8

Девочка 4-х лет, заболела остро, повысилась температура тела до 38,5 °С, ребенок пожаловался на боли в горле. Участковым врачом поставлен диагноз «лакунарная ангина». Назначен амоксициллин per os. Ребенок оставлен дома. Фебрильная температура сохранялась еще три дня. Мать обратила внимание на затруднение носового дыхания, ребенок стал «храпеть» во сне. Вновь обратились к участковому врачу. Ребенок госпитализирован. При осмотре состояние больной средней тяжести за счет симптомов интоксикации, местных изменений в ротоглотке. Бледная, лицо одутловатое, веки отечные. Рот полуоткрыт. Пальпируются шейные лимфоузлы до 2 см в диаметре, безболезненные, а также мелкие подмышечные и паховые лимфатические узлы до 1–1,5 см в диаметре. При осмотре слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, миндалины III степени, с обеих сторон на миндалинах беловатые наложения, не выходящие за пределы миндалин. Язык обложен беловатым налетом. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный при пальпации, печень выступает из-под края реберной дуги на 4–3–3 см, пальпируется край селезенки. В общем анализе крови: эритроциты — 4,2 x10¹²/л, гемоглобин — 120 г/л, лейкоциты — 18,4x10⁹/л, э — 1%, п/я — 1%, с/я — 20%, л — 65%, м — 14%, атипичные мононуклеары — 5%. СОЭ — 23 мм/ч.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз. 2. Составьте план обследования. 3. Каковы возможные результаты анализов? 4. С какими заболеваниями нужно провести дифференциальный диагноз? 5. Назначьте лечение.

Ответ: Инфекционный мононуклеоз, типичный, среднетяжелая форма. 2. ПЦР и ИФА-маркеры к ЭБВ, биохимия крови (аминотрансферазы). 3. Обнаружение ДНК вируса ЭБВ и положительный уровень IgM к вирусу Эпштейна-Барра. 4. Острый тонзиллофарингит, ЦМВ-инфекция, ВИЧ-инфекция. 5. Ацикловир — 200 мг 5 раз в сутки 7–10 дней. Полоскание зева антисептиками.

Ситуационная задача № 9

Ребенок 3-х лет с неотягощенным преморбидным фоном, заболел остро. В течение нескольких часов температура тела достигла 40 °С, появилось затруднение дыхания, боли в горле. При осмотре состояние ребенка тяжелое, ребенок беспокоен, голос не изменен, глотание любой пищи, даже слюны, затруднено, болезненно. Дышит открытым ртом, обильное слюноотделение, инспираторная одышка в покое с втяжением надключичных ямок, при попытке уложить в кровать — усиление одышки. Кожа бледная. При осмотре зева — яркая разлитая гиперемия. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, не спаяны, кожа над ними не изменена. В легких дыхание жесткое, проводится во все отделы, хрипов нет. Частота дыхания — 60 в мин. Тоны сердца громкие, ритм правильный, ЧСС — 160 уд./мин.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте клинический диагноз. 2. Чем обусловлена тяжесть заболевания? 3. Каков алгоритм оказания неотложной помощи? 4. Особенности транспортировки в стационар. 5. Какова профилактика данного заболевания?

Ответ: Эпиглоттит, тяжелая форма. 2. Синдром инфекционного токсикоза, нарушение проходимости дыхательных путей за счет увеличения надгортанника вследствие воспаления обуславливают тяжесть состояния. 3. Необходимо избегать или отложить мероприятия, доставляющие ребенку беспокойство (венепункция, укладывание на спину и др.), что может привести к внезапной остановке дыхания! На догоспитальном этапе не следует пытаться осмотреть гортань! Дать жаропонижающие средства. Парентерально вводят ингибиторзащищенные аминопенициллины, цефалоспорины III поколения. Подают увлажненный кислород. Ребенок должен находиться под наблюдением врача, имеющего навыки трахеотомии, коникотомии и интубации. 4. Транспортировка в положении сидя. 5. Иммунизация вакцинами АктХиб, Хиберикс, Пентаксим, Инфанрикс-гекса является профилактикой инфекции, вызванной гемофильной палочкой.

Ситуационная задача № 10

У ребенка 4-х лет резко затруднено через нос дыхание. Ребенок, по словам матери, дышит ртом, беспокойно спит ночью, вскрикивает во сне, часто болеет респираторными заболеваниями, перенес пневмонию. Ребенок бледен, лицевой череп вытянут в вертикальном направлении. При задней риноскопии определяются розового цвета дольчатые образования, прикрывающие хоаны на 2/3.

Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Аденоиды. Показана аденотомия.

Ситуационная задача № 11

Ребенок 5 лет плохо дышит носом, часто страдает респираторными заболеваниями, несколько раз болел ангиной, плохо спит, вскрикивает во сне, отмечается ночное недержание мочи.

Объективно: бледность кожных покровов, полуоткрытый рот. При осмотре сглаженность носогубных складок. Высокое готическое небо.

Ваш диагноз? Назначьте обследование?

Ответ: Аденоиды. Необходимы задняя риноскопия, рентгенограмма носоглотки

Ситуационная задача № 12

Ребенок 4 лет заболел внезапно. Среди полного благополучия развилось резкое затруднение дыхания (инспираторная одышка) и глотания. Дыхание шумное, свистящее. Тембр голоса стал сухим. Температура

повысилась до 40С. Глотание безболезненное, обильная саливация. В анализе крови: лейкоциты 9,8 9/л, нейтрофильный сдвиг влево, относительная лимфоцитопения. В анализе мочи – следы белка. Произведена непрямая ларингоскопия: резко увеличенный в размерах, отечный, ярко-красный надгортанник, закрывающий вход в гортань. Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Ответ: Абсцесс надгортанника. Госпитализация. вскрытие абсцесса. Интенсивное антибактериальное, дегидратационное, дезинтоксикационное лечение.

Ситуационная задача № 13

У больного 9 лет, страдающего правосторонним острым гнойным средним отитом, резко ухудшилось общее состояние, температура тела повысилась до 39,5°С, появилась сильная головная боль преимущественно на стороне больного уха, усилились шум в ухе, тугоухость. Болеет около 3 недель.

Объективно: флюктуирующая припухлость в правой заушной области, сглаженность заушной складки, оттопыренность ушной раковины. Наружный слуховой проход заполнен гноем, после его очистки видна гиперемизированная барабанная перепонка, пульсирующий рефлекс в задне-нижнем отделе. Задне-верхняя стенка наружного слухового прохода нависает.

О каком осложнении среднего отита можно думать?

Определите лечебную тактику в данном случае.

Ситуационная задача № 14

Больной 8 лет обратился с жалобами на сильную боль в области правого уха, припухлость правой ушной раковины, недомогание. Болеет третьи сутки. Возникновение перечисленных жалоб связывает с небольшой царапиной кожи ушной раковины.

Объективно: выраженная гиперемия и инфильтрация ушной раковины, распространяющаяся на кожные покровы околоушной области в виде языков пламени с четкой линией демаркации. Вход в наружный слуховой проход сужен. Барабанная перепонка не изменена. Другие ЛОР органы без изменений. Восприятие ШР - 6м.

Поставьте предварительный диагноз.

Определите лечебную тактику.

Ситуационная задача № 15

Ребенок 4 лет, часто болеет респираторно-вирусными заболеваниями в течение последнего года, неоднократно лечился по поводу рецидивирующего гнойного среднего отита.

При пальцевом исследовании носоглотки ребенка определяются гипертрофия глоточной миндалины III степени.

Каковы будут Ваши рекомендации в данном случае?

Ситуационная задача № 16

К Вам, семейному врачу, обратился ребенок 5 лет. Со слов матери, несколько часов назад мальчик во время игры засунул в ухо пластмассовый шарик. Ранее ухо не болело. Слух всегда был хорошим.

Объективно: пальпация ушной раковины и козелка безболезненны. Выделений из наружного слухового прохода нет.

При оттягивании ушной раковины кзади и кверху в глубине наружного слухового прохода определяется круглое инородное тело белого цвета.

Поставьте диагноз.

Определите лечебную тактику в данном случае.

Ситуационная задача № 17

К ЛОР врачу обратились родители с ребенком 4-х лет, который до этого месяц назад лечился в пульмонологическом отделении с ДЗ: Острая пневмония. После курса лечения, включающего гентамицин в/м, УВЧ на грудную клетку, бронхолитики, массаж, мама заметила у ребенка снижение слуха.

При осмотре ЛОР врач патологии со стороны наружного и среднего уха не обнаружил, но направил ребенка в стационар.

Какой диагноз указал ЛОР врач в направлении в стационар?

Какие методы обследования необходимо провести ребенку для уточнения характера тугоухости?

В чем будет заключаться лечение?

Ситуационная задача № 18

У больного 12 лет, страдающего острым правосторонним средним отитом, появилось головокружение, тошнота, рвота, шаткость походки.

При вестбулометрии: в позе Ромберга отклоняется влево, координационные пробы нарушены слева, спонтанный мелкоамплитудный горизонтальный нистагм 1 степени вправо, направление падения зависит от положения головы.

Слух на левое ухо – 6 м шепотной речи, на правое – 1 м.

Поставьте диагноз.

Дайте заключение по вестбулометрии.

Определите лечебную тактику в данном случае.

Ситуационная задача № 19

У больного 10 лет, два дня назад появилась болезненная припухлость в области носа, недомогание, повысилась температура тела. Причину заболевания назвать затрудняется.

Объективно: у основания кожной части носовой перегородки определяется ограниченный инфильтрат, покрытый гиперемизированной кожей. Пальпация инфильтрата резко болезненна. При передней риноскопии (болезненна!) патологических изменений нет. Другие ЛОР органы без изменений.

Анализ крови: лейкоциты – $14,2 \cdot 10^9/\text{л}$, СОЭ – 30 мм/час.

Поставьте предварительный диагноз.

Определите лечебную тактику в данном случае.

Ситуационная задача № 20

У мальчика 6 лет, с фурункулом носа имеется высокая температура тела ($38,5^\circ\text{C}$), недомогание, а также – экзофтальм, хемоз, птоз с двух сторон. Офтальмологом выявлены расширенные вены глазного дна, застойные соски зрительных нервов.

О каком осложнении фурункула носа можно думать?

Каковы анатомические предпосылки возникновения перечисленных изменений в данном случае?

Определите лечебную тактику.

Ситуационная задача № 21

Больной 15 лет, обратился с жалобами на отсутствие носового дыхания через правую половину носа, затруднение носового дыхания слева, частые кровянистые выделения из носа и носовые кровотечения. Перечисленные жалобы нарастали постепенно в течение последнего года. В последнее время появилось ощущение заложенности в левом ухе, головная боль.

Объективно: рот открыт, дыхание через нос резко затруднено, небольшой экзофтальм справа. Подчелюстные и шейные лимфатические узлы не увеличены.

О каких заболеваниях можно думать в данном случае?

Что необходимо предпринять врачу общей практики для уточнения диагноза?

Ситуационная задача № 22

Пациент 3 лет обратился в ЛОР отделение детской больницы с жалобами на отёк век левого глаза, затруднение носового дыхания, повышение температуры тела до субфебрильных цифр. Заболел 3 дня назад – поднялась температура тела, появились слизистые выделения из носа, затруднение носового дыхания.

Объективно: отёк и гиперемия век левого глаза, больше медиального отдела, левая глазная щель резко сужена, при попытке раздвинуть веки экзофтальма не определяется, подвижность глазного яблока в полном объеме, гиперемия конъюнктивы. Носовое дыхание затруднено, отёк и гиперемия слизистой оболочки носа, слизисто-гнойный секрет в левом общем носовом ходе, справа – слизь. Увеличение передних шейных лимфоузлов до 1 см, малобользненные. Поставьте предварительный диагноз.

Перечислите исследования, необходимые для его уточнения.

Какова лечебная тактика?

Ситуационная задача № 23

У девочки 12 лет жалобы на першение, жжение в горле, которые появились после переохлаждения (накануне съела мороженое). Объективно: гиперемия и легкие отечно-инфильтративные изменения слизистой оболочки задней стенки глотки, на поверхности которой небольшое скопление слизи.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 24

У больной 14 лет жалобы на сильную боль в горле, усиливающуюся при глотании, повышение температуры, озноб, общее недомогание, головную боль. Заболела 3 дня назад после переохлаждения.

Объективно: температура тела $38,3^\circ\text{C}$, пульс - 88 в мин., ритмичен. Определяется гиперемия слизистой оболочки миндалин, на поверхности которых видны белые точки величиной с просыное зерно. Подчелюстные лимфоузлы увеличены, болезненны при пальпации.

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача № 25

Со слов родителей, у ребенка 5 лет накануне вечером появились резкая боль в горле, насморк, слезотечение, температура тела повысилась до $39,2^\circ\text{C}$, была однократная рвота.

Объективно: слизистая оболочка глотки гиперемизирована, на небных миндалинах, небных дужках, на слизистой оболочке щек имеются розовато-белые пузырьки. Подчелюстные лимфатические узлы не увеличены, безболезненны.

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача № 26

У ребенка 5 лет отмечается затруднение носового дыхания, слизисто-гнойные выделения из носа, сухость, болезненность в глотке, субфебрилитет. Болен около 2-х дней.

Объективно: Слизистая оболочка носа розовая, слегка пастозная. Передняя эпифарингоскопия: глоточная миндалина II степени, отечна, гиперемирована, на ее поверхности видны желтоватые налеты в виде точечных включений. Слизистая оболочка задней стенки глотки гиперемирована, покрыта густым слизисто-гнойным экссудатом. Подчелюстные лимфоузлы увеличены.

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача № 27

Ребенок 5 лет плохо дышит носом, часто страдает респираторными заболеваниями, плохо спит, вскрикивает во сне, отмечается ночное недержание мочи.

Объективно: бледность кожных покровов, полуоткрытый рот, сглаженность носогубных складок, высокое готическое небо.

О каком заболевании можно думать, не прибегая к эндоскопии?

Ситуационная задача № 28

У ребенка 4 лет резко затруднено носовое дыхание. Со слов матери, ребенок дышит ртом, беспокойно спит ночью, вскрикивает во сне, часто болеет респираторными заболеваниями, перенес пневмонию.

Объективно: ребенок бледен, лицо вытянуто в вертикальном направлении. При задней риноскопии определяются розового цвета дольчатые образования, прикрывающие хоаны на 2/3.

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача № 29

Больной 14 лет один раз в год болеет ангиной. Суставы, сердце не беспокоят.

Объективно: передние небные дужки инфильтрированы, слегка отечны в верхних отделах, спаяны с миндалинами. Миндалины рубцово изменены, лакуны их сужены, при надавливании из лакун выделяется гнойно-казеозное содержимое. Зачелюстные лимфоузлы чувствительны при пальпации, увеличены до 1 см.

Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ситуационная задача № 30

У 3-летнего ребенка вечером перед сном неожиданно начался лающий кашель, появилось шумное дыхание.

Объективно: катаральные явления в глотке, моторное возбуждение, в акте дыхания участвует вспомогательная мускулатура, губы цианичны, холодный пот, голос звучный, число дыханий в минуту -36.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 31

У больной 5 лет в течение двух лет наблюдается постоянная, периодически усиливающаяся охриплость, при респираторных заболеваниях появляется некоторое затруднение дыхания во время сна. В покое дыхание свободное, ЧДД 23 в минуту, при физической нагрузке участвует вспомогательная мускулатура.

Фиброларингоскопия: по краю обеих голосовых складок и на их поверхности определяется бугристый инфильтрат, напоминающий по внешнему виду цветную капусту. Голосовая щель - несколько сужена. Подвижность голосовых складок не нарушена, однако их смыкание при фонации неполное. Подголосовой отдел гортани свободен.

Поставьте диагноз.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 32

Ребенок семи лет жалуется на боль в горле, общую слабость, повышение температуры тела до 39°C. Болен в течение 8 дней, причина заболевания неизвестна. Заболевание началось с недомогания, снижения аппетита.

Объективно: самочувствие удовлетворительное. Лимфатические узлы –зачелюстные, подчелюстные и верхние боковые шейные резко увеличены, при пальпации безболезненны. Отмечается разлитая гиперемия слизистой оболочки глотки. Небные миндалины инфильтрированы, разрыхлены, налетов нет. При осмотре педиатром выявлено генерализованное увеличение лимфатических узлов. Общий анализ крови: гемоглобин – 107 г/л, эритроцитов – $4,5 \cdot 10^{12}$ /л, лейкоцитов – $19,2 \cdot 10^9$ /л, эозинофилов – 1%, моноцитов – 70% (атипичные с большой цитоплазмой), сегментоядерных – 17%, лимфоцитов – 12%, тромбоцитов – $60 \cdot 10^9$ /л, СОЭ – 15 мм/ч. Анализ мочи без отклонений от нормы цветной капусты. Голосовая щель сужена на 2/3.

Каков диагноз?

Как лечить ребенка?

Ситуационная задача № 33

У ребенка 5 лет в течение двух лет наблюдается охриплость, при респираторных заболеваниях возникает некоторое затруднение дыхания. В последнее время афония, во время сна на спине шумное дыхание с участием вспомогательных мышц грудной клетки.

Объективно: В носу и глотке воспалительных изменений нет – слизистая оболочки розовая, чистая. При УЗС гортани определяется экзогенное образование в просвете гортани размерами до 6 мм. При фиброларингоскопии в гортани выявлено бугристое розовое образование, баллотирующее при дыхании, исходящее из передней комиссуры и левой голосовой складки в виде

Каков диагноз?

Как лечить ребенка?

Раздел 13. Вопросы ЛОР- онкологии

Контрольные вопросы

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей различных ЛОР органов; их место в структуре онкологических заболеваний.
2. Современные представления о причинах возникновения различных опухолей ЛОР органов, первичная и вторичная профилактика.
3. Причины, предрасполагающие к развитию опухолей верхних дыхательных путей и полости рта, группы повышенного риска.
4. Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли ЛОР органов и.
5. Наиболее часто встречающиеся предраковые заболевания верхних дыхательных и пищеварительных путей, особенности их развития, клиника и оптимальные методы лечения.
6. Доброкачественные опухоли и опухолеподобные заболевания шеи: клинические проявления, основные методы выявления и дифференциальной диагностики, оптимальные методы лечения.
7. Топографическая и клиническая анатомия области головы и шеи в онкологическом аспекте.
8. Анатомические области и части различных ЛОР органов.
9. Особенности кровообращения и лимфооттока в данной области, вероятные пути метастазирования.
10. Анатомические отделы шеи, наиболее часто поражаемые первичными и вторичными опухолевыми процессами.
11. Особенности и пути распространения злокачественных опухолей ЛОР органов.
12. Современные методы обследования больных с опухолями ЛОР органов.
13. Диагностические возможности и показания к использованию различных методов рентгенодиагностики опухолей ЛОР органов.
14. Диагностические возможности и показания к использованию радиоизотопных методов при опухолях ЛОР органов.
15. Диагностические возможности и показания к использованию ультразвуковых методов опухолей ЛОР органов.
16. Диагностические возможности и показания к использованию эндоскопических методов опухолей ЛОР органов.
17. Методы морфологической верификации диагноза опухолей ЛОР органов.
18. Современные методы лечения больных со злокачественными опухолями ЛОР органов.
19. Хирургический метод лечения опухолей ЛОР органов: основные виды оперативных вмешательств, показания и противопоказания к их использованию .
20. Различные методы физического воздействия при опухолях ЛОР органов - лазерное, ультразвуковое, плазменное, криодеструкция; показания и противопоказания к их применению.
21. Лучевая терапия опухолей ЛОР органов: виды излучения, механизмы их действия и особенности применения при данных заболеваниях, показания и противопоказания к их использованию.
22. Химиотерапия опухолей ЛОР органов: различные варианты применения, основные лекарственные препараты, показания и противопоказания к их применению
23. Особенности комбинированного и комплексного лечения различных опухолей ЛОР органов.

Тестовые задания с эталонами ответов

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10)

1. У кого чаще встречается ангиофиброма носоглотки?
 1. у мальчиков
 2. у девочек;
 3. у мужчин;
 4. у женщин;
 5. у лиц пожилого возраста.
2. Фиброма носоглотки чаще встречается у юношей в возрасте:

1. 6-8 лет;
2. 8-10 лет;
3. 10-12 лет;
4. 12-16 лет;
5. 14-17 лет.

3. Основным симптомом ангиофибromы носоглотки.

1. риноррея;
2. гнусавость голоса;
3. деформация лицевого скелета;
4. частые ангины;
5. носовое кровотечение

4. Обратное развитие фибromы носоглотки наступает в возрасте:

1. 5-6 лет;
2. 6-8 лет;
3. 8-10 лет;
4. 10-12 лет;
5. старше 15 лет

5. Основным методом лечения злокачественных образований.

1. химиотерапия;
2. рентгенотерапия;
3. радий-изотопное лечение;
4. хирургическое лечение;
5. комбинированное лечение.

6. Злокачественные опухоли уха встречаются:

+ Крайне редко.

Очень часто.

С той же частотой, что и в верхних дыхательных путях.

7. Наиболее ранним симптомом новообразования верхнего отдела гортани является:

- 1) одышка;
- 2) дисфагия;
- 3) дисфония;
- 4) откашливание кровянистой мокроты;
- 5) повышенная саливация.

8. Какие доброкачественные опухоли могут встречаться в носу и придаточных пазухах, кроме

- а) фиброма
- б) ангиома
- в) ангиофиброма
- г) кровоточащий полип
- д) саркома

9. Какая из придаточных пазух носа чаще поражается остеомой

- а) верхнечелюстная
- б) решетчатая
- в) основная
- г) лобная
- д) сигмовидная

10. Каковы клинические особенности остеомы придаточных пазух носа, кроме:

- а) медленный рост
- б) длительное бессимптомное течение
- в) плотная консистенция
- г) отсутствие кровоточивости
- д) болезненность

11. С помощью какого метода обследования обычно ставится диагноз остеомы придаточных пазух:

- а) передней риноскопии
- б) задней риноскопии

- в) гистологического
- г) диафаноскопии
- д) рентгенологического

12. Какая из доброкачественных опухолей носа имеет вид цветной капусты:

- а) фиброма
- б) полип кровоточащий
- в) папиллома
- г) саркома
- д) меланома

13. Где обычно локализуется кровоточащий полип носа:

- а) В передне-верхнем отделе носовой перегородки
- б) В передне-нижнем отделе носовой перегородки
- в) в носоглотке
- г) в клетках решетчатого лабиринта
- д) в верхнечелюстной пазухе

14. Какая из придаточных пазух носа наиболее часто поражается злокачественными опухолями?

- +а) пазуха верхнечелюстная
- б) лобная пазуха
- в) основная пазуха
- г) клетки решетчатого лабиринта
- д) сигмовидная

15. Какая жалоба является ведущей при локализации злокачественной опухоли на нижней стенке гайморовой пазухи:

- а) жалоба на зубную боль
- б) жалоба на головную боль
- в) жалоба на заложенность носа
- г) жалоба на затрудненное носовое дыхание
- д) жалоба на носовые кровотечения

16. Основные отличительные признаки злокачественных опухолей придаточных пазух, кроме:

- а) односторонность поражения
- б) сукровично-гнойные выделения с запахом
- в) лице невралгические боли в одноименной половине
- г) эрокция стенок
- д) четкие границы

17. Перечислите наиболее часто встречающиеся доброкачественные опухоли наружного уха

- киста.
- аденома.
- фиброма.
- ангиома.
- папиллома

18. Юноша, 17 лет обратился с жалобами на осиплость голоса. При ларингоскопии обнаружено: образование округлой формы величиной с горошину на ножке, локализующееся на свободном крае левой голосовой связки.

Диагноз.

- 1) полип
- 2) пахидермия
- 3) ангиофиброма
- 4) папиллома

19. Злокачественные опухоли носа и придаточных пазух по отношению к злокачественным новообразованиям верхних дыхательных путей занимают следующее место:

- Первое.
- + Последнее.
- Второе.

20. Следующая доброкачественная опухоль носа имеет вид «цветной капусты»:

- Фиброма.
- Ангиома.

- + Папиллома.
- Липома

21. Диагноз остеомы придаточных пазух носа ставится на основании:

- Риноскопической картины.
- Биопсии.
- + Жалоб на головные боли, деформации лицевого скелета и смещения глазного яблока
- + наличия интенсивной округлой тени костной плотности на рентгенограмме.

22. При злокачественных новообразованиях носа и придаточных пазух прогноз:

- Благоприятный.
- + Чаще неблагоприятный.
- Благоприятный только при ранней диагностике
- только неблагоприятный

23. При злокачественных опухолях носа применяют следующие виды лечения:

- Хирургический, лучевой.
- Хирургический, лучевой, химиотерапевтический.
- + Хирургический, лучевой, химиотерапевтический и комбинированный.
- Хирургический, комбинированный.
- Лучевой, химиотерапевтический, комбинированный.

24. Папиллома имеет вид:

- Горошины.
- Фасоли.
- Патиссона.
- + Цветной капусты.
- Малины.

25. При локализации остеомы на задней стенке лобной пазухи ведущей жалобой у больных является жалоба:

- На нарушение носового дыхания.
- На нарушение обоняния.
- На головокружение.
- + На головную боль.
- На зрительные нарушения.

26. Злокачественные опухоли полости носа наиболее часто встречаются:

- В пожилом возрасте.
- В среднем возрасте.
- В молодом и среднем возрасте.
- + В пожилом и среднем возрасте.
- Частота не зависит от возраста.

27. Наиболее частой локализацией остеомы придаточных пазух носа является:

- Гайморовы пазухи.
- + Лобные пазухи.
- Клетки решётчатого лабиринта.
- Основные пазухи.
- С одинаковой частотой поражаются все пазухи.

28. Одним из решающих методов в дифференциальной диагностике злокачественных опухолей носа и придаточных пазух является:

- КТ.
- ЯМР.
- Рентгенологический.
- + Биопсия.
- Риноскопия.

29. Злокачественные опухоли среди всех придаточных пазух носа наиболее часто поражают:

- + Гайморовы пазухи.
- Клетки решётчатого лабиринта.
- Лобные.

- Основные.
- Клетки решётчатого лабиринта и лобные пазухи.

30. Наиболее характерным рентгенологическим признаком злокачественной опухоли носа и придаточных пазух является:

- Нарушение пневматизации пазухи.
- Нарушение пневматизации пазухи с наличием в ней жидкости.
- Наличие округлой тени в придаточной пазухе.
- + Нарушение воздушности пазух и наличие деструкций костной ткани.
- Затемнение в придаточной пазухе округлой формы, имеющее костную плотность.

31. К злокачественным опухолям придаточных пазух носа относятся следующие опухоли:

- Фиброма.
- Ангиома.
- Остеома.
- + Гемангиоэндотелиома.
- + Лимфосаркома.

32. При третьей стадии рака придаточной пазухи носа:

- Поражена только слизистая в пределах одной придаточной пазухи.
- Помимо слизистой дополнительно вовлечена костная стенка.
- Происходит прорастание в соседние органы и ткани, распад опухоли, местные и общие метастазы.
- + Опухоль метастазирует в регионарные лимфоузлы.

33. Доброкачественные опухоли глотки:

- + Ангиома.
- + Папиллома.
- Хоанальный полип.
- Ретенционная киста.

Все перечисленные образования.

34. В Международной классификации опухолей символ «Т» указывает на:

1. Первичную опухоль
2. Регионарные лимфатические узлы
3. Отдаленные метастазы
4. Степень дифференцировки
5. Уровень надежности

35. В Международной классификации опухолей символ «N» указывает на:

1. Первичную опухоль
2. Регионарные лимфатические узлы
3. Отдаленные метастазы
4. Степень дифференцировки
5. Уровень надежности

36. Символ «M» в Международной классификации опухолей указывает на:

1. Первичную опухоль
2. Регионарные лимфатические узлы
3. Отдаленные метастазы
4. Степень дифференцировки
5. Уровень надежности

37.. Куда смещается глазное яблоко при злокачественном новообразовании верхнечелюстной пазухи с прорастанием в орбиту?

1. книзу
2. кверху
3. кнутри
4. кнаружи.

38. Какие ранние симптомы при опухолях гортани, с локализацией на голосовых складках?

1. кашель;
2. затрудненное дыхание;
3. кровохарканье;

4. охриплость голоса;
5. парестезии.

39. Для сосудистых опухолей среднего уха характерно:

1. снижение слуха
2. повышение образования серы
3. гнойные выделения
4. повторные кровотечения.

40. Регионарными лимфатическими узлами для полости рта являются:

1. Шейные лимфатические узлы
2. Лимфатические узлы переднего средостения
3. Лимфатические узлы заднего средостения
4. Шейные лимфатические узлы, лимфатические узлы переднего средостения

41. Наиболее частой формой рака полости рта является:

1. Рак дна полости рта
2. Рак языка
3. Рак слизистой оболочки щеки
4. Рак слизистой оболочки альвеолярного отростка верхней челюсти
5. Рак слизистой оболочки альвеолярной части нижней челюсти

42. По гистологическому строению самой частой формой рака полости рта является:

1. Аденокарцинома
2. Плоскоклеточный рак
3. Недифференцированный рак
4. Цилиндрома
5. Солидный рак

43. Основным методом лечения рака полости рта I-II стадии является:

1. Хирургический метод
2. Близкофокусная рентгенотерапия
3. Химиотерапия
4. Дистанционная лучевая гамматерапия
5. Брахитерапия

44. Задачами при проведении химиотерапии являются:

1. Излечение больных злокачественной опухолью в случаях их высокой чувствительности к химиопрепаратам
2. Продление жизни больных
3. Улучшение качества жизни больных
4. Излечение больных злокачественной опухолью в случаях их высокой чувствительности к химиопрепаратам; продление жизни больных; улучшение качества жизни больных

45. Химиотерапия показана при:

1. Злокачественной опухоли, чувствительной к цитостатикам
2. Отсутствии условий для радикального оперативного лечения
3. Наличии отдаленных метастазов опухоли
4. Злокачественной опухоли, чувствительной к цитостатикам; отсутствии условий для радикального оперативного лечения; наличии отдаленных метастазов опухоли

46. Недостатками химиотерапии являются:

1. Высокая токсичность
2. Медленное проявление и медленное воспроизведение эффекта
3. Низкая избирательность действия
4. Антиботикорезистентность

47. Противопоказаниями к химиотерапии онкологических заболеваний являются:

1. Кахексия с диссеминированным опухолевым процессом
2. Сердечная недостаточность
3. Печеночно-почечная недостаточность
4. Сахарный диабет

48. Химиотерапия злокачественных опухолей противопоказана при:

1. Гиперурикемии
2. Активном туберкулезе
3. Лейкопении, тромбоцитопении
4. Гиперурикемии; активном туберкулезе; лейкопении, тромбоцитопении

49. К осложнениям, связанным с местным раздражающим действием химиопрепаратов, относятся:

1. Токсические дерматиты
2. Флебиты
3. Асептические циститы
4. Гипертензия
5. Синдром Иценко-Кушинга

50. При оценке эффективности проведенной химиотерапии «эффект полный» регистрируется если:

1. Опухоль исчезла
2. Опухоль уменьшилась на 50% и более
3. Опухоль уменьшилась меньше, чем на 50%
4. Опухоль уменьшилась на 25%
5. Опухоль прогрессирует

51. При оценке эффективности проведенной химиотерапии регистрируется «эффект частичный» в случаях, если:

1. Опухоль исчезла
2. Опухоль уменьшилась на 50% и более
3. Опухоль уменьшилась меньше, чем на 50%
4. Опухоль уменьшилась на 25%
- 5. Опухоль прогрессирует

52. При оценке эффективности проведенной химиотерапии регистрируется «стабилизация процесса» если:

1. Опухоль исчезла
2. Опухоль уменьшилась на 50% и более
3. Опухоль уменьшилась менее, чем на 50%
4. Опухоль уменьшилась на 25%
5. Опухоль прогрессирует

53. При оценке эффективности проведенной химиотерапии регистрируется «незначительное улучшение» в случаях, если:

- 1. Опухоль исчезла
- 2. Опухоль уменьшилась на 50% и более
- +3. Опухоль уменьшилась меньше, чем на 50%
- 4. Опухоль уменьшилась на 25%
- 5. Опухоль прогрессирует

54. При оценке эффективности проведенной химиотерапии регистрируется «эффект отсутствует» в случаях, если:

1. Опухоль исчезла
2. Опухоль уменьшилась на 50% и более
3. Опухоль уменьшилась меньше, чем на 50%
4. Опухоль уменьшилась на 25%
- +5. Опухоль прогрессирует

55. Какой препарат для купирования болевого синдрома у онкологических больных не назначают в начале лечения:

- 1. Аналгин
- 2. Реопирин
- 3. Седалгин
- +4. Морфин
- +5. Пенталгин

56. При выраженном болевом синдроме и отсутствии эффекта от комбинированных ненаркотических анальгетиков онкологическим больным назначают:

1. Аналгин
2. Блокады новокаином или лидокаином
3. Баралгин в инъекциях в сочетании с антигистаминами
4. Пенталгин
- +5. Наркотические анальгетики

Дополните:

57. Вопрос: При злокачественных опухолях носа применяют 4 вида лечения: хирургический, химиотерапевтический, лучевой и _____

Ответ: комбинированный

58. Вопрос: Доброкачественная опухоль, имеющая вид цветной капусты, называется _____

Ответ: папилломой

59. Вопрос: Из злокачественных опухолей в носу наиболее часто встречается _____

Ответ: рак.

60. Вопрос: Наиболее частой локализацией остеомы придаточных пазух носа является _____

Ответ: лобная

61. Вопрос: Одним из решающих методов в дифференциальной диагностике злокачественных опухолей носа и придаточных пазух является _____

Ответ: биопсия (гистологическое исследование)

62. Вопрос: Злокачественные опухоли среди всех придаточных пазух носа наиболее часто поражают _____

Ответ: верхнечелюстную пазуху

63. Вопрос: Наиболее характерным рентгенологическим признаком злокачественной опухоли носа и придаточных пазух является _____

Ответ: деструкция костной ткани

64. Вопрос: Доброкачественные опухоли глотки: ангиома, папиллома, хоанальный полип, ретенционная киста, _____

Ответ: Фиброма

65. Вопрос: Опухоль среднего отдела гортани проявляется _____

Ответ: дисфонией

Ситуационные задачи с эталонами ответов

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

Ситуационная задача № 1

У больного 16 лет жалобы на отсутствие носового дыхания, ощущение заложенности и снижение слуха справа. Два года назад впервые отметил заложенность носа и затруднение носового дыхания.

Объективно: справа в задних отделах полости носа определяется ярко красное образование. Носовое дыхание справа отсутствует. Полость носоглотки занята гладким плотным образованием, которое почти целиком закрывает хоаны. На рентгенограмме носоглотки определяется тень мягкотканого образования, выполняющая полость носоглотки, клиновидную пазуху и внедряется в полость носа. Костные стенки, окружающие образование, с четкими контурами. Ваш диагноз и лечение?

Ответ: Юношеская ангиофиброма носоглотки. Хирургическое лечение

Ситуационная задача № 2

У больного жалобы на головную боль в области лба, которую впервые отметил 4 месяца назад. В последнее время головная боль усилилась и беспокоит постоянно. При осмотре ЛОР-органов патологических изменений не установлено. На рентгенограмме околоносовых пазух имеется округлой формы с гладкими краями тень костной плотности в области левой лобной пазухи.

Ваш диагноз? Назначьте лечение?

Ответ: Остеома левой лобной пазухи. а) хирургическое удаление остеомы

Ситуационная задача № 3

У больной 38 лет жалобы на затруднение носового дыхания справа, кровянисто-гнойные выделения из этой половины носа, головную боль, боль в области лобной пазухи справа. Больна 3 месяца, затруднение носового дыхания медленно нарастало, в течение последнего месяца присоединилась головная боль.

Объективно: правая половина носа obturirirovana крупнобугристым образованием багрово-синюшного цвета, передние отделы его изъязвлены, кровотечение при дотрагивании зондом. Носовая перегородка смещена влево. Полость носоглотки свободна. Правая хоана obturirirovana вышеописанным образованием. На рентгенограмме околоносовых пазух определяется тень мягкотканого образования, занимающего правую половину носа, клетки правого решетчатого лабиринта разрешены. Лобная и верхнечелюстная пазухи справа затемнены.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые дополнительные исследования?

Ответ: Новообразование правой половины носа, верхнечелюстной, лобной пазух и пазух решетчатого лабиринта.
Биопсия опухоли

Ситуационная задача № 4

У больного 62 лет жалобы на головную боль, слабость, слезотечение, отсутствие носового дыхания, кровотечение из правой половины носа. Около года назад отметил затруднение носового дыхания, появилась головная боль.

Объективно: асимметрия лица вследствие экзофтальма справа и деформаций правой щеки. Конъюнктива правого глаза гиперемирована, «гнойные озера» у углов глаза. Правая половина носа занята багрово-синим образованием, оттесняющим перегородку носа влево. Левая половина носа сужена, слизистая оболочка несколько отечна, носовые ходы слева свободные. Задняя часть образования свисает из правой половины носа в полость носоглотки. Твердое небо деформировано, при пальпации определяется костная деструкция. На рентгенограмме околоносовых пазух определяется тень мягкотканого образования, занимающего правую половину носа. Костная деструкция медиальной и орбитальной стенок правой верхнечелюстной пазухи. Гомогенное затемнение правых лобной и верхнечелюстной пазух.

Ваш диагноз? Назначьте лечение?

Ответ Новообразование правой половины носа и носоглотки, верхнечелюстной, лобной пазух и пазух решетчатого лабиринта, с прорастанием в орбиту. Хирургическое лечение с последующей лучевой терапией

Ситуационная задача № 5

У больной 51 года жалобы на ощущение жжения, першение в горле. Лечилась смазываниями глотки раствором Люголя - без эффекта. Температура нормальная. В области верхнего полюса левой миндалины отмечается поверхностное изъязвление с неровными краями, покрытое сероватым налетом, легко кровоточащее при дотрагивании. При пальпации вокруг язвы определяется деревянистой плотности инфильтрат, переходящий на мягкое небо и корень языка. На шее слева пальпируется конгломерат увеличенных лимфоузлов, размером 5х6 см., плотный, ограниченно смещаемый.

Ваш диагноз? Назначьте дополнительные исследования? С какими заболеваниями следует дифференцировать?

Ответ Новообразование левой небной миндалины (злокачественное). Показана биопсия. Дифференцирование следует проводить с туберкулезным и сифилитическим поражением.

Ситуационная задача № 6

У больной 29 лет жалобы на затруднение носового дыхания, снижение слуха, головную боль. Больна около месяца. Затруднение носового дыхания медленно нарастало, появилась заложенность сначала правого, а затем и левого уха. Сосудосуживающие препараты действия не оказывают. Около недели тому назад заметила появление узла на шее справа.

Объективно: дыхание через нос отсутствует. Слизистая оболочка полости носа синюшного цвета, носовые ходы свободны. Полость носоглотки занята бугристым багрово-красным образованием. Справа и слева, под верхней третью грудино-ключично-сосцевидной мышцы определяются лимфоузлы - безболезненные при пальпации. AD=AS: Mt - втянуты, серого цвета.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые исследования?

Ответ Новообразование носоглотки (наиболее вероятно злокачественное). Биопсия новообразования

Ситуационная задача № 7

У больного 42 лет жалобы на боли в области шеи, отсутствие дыхания через естественные пути. Около 6 месяцев назад больной отметил появление охриплости, лечение не проводилось. Охриплость постепенно усиливалась, появились боли при глотании, затруднение дыхания. Месяц тому назад была произведена трахеостомия. Крупнобугристый инфильтрат занимает правую половину гортани, переднюю комиссуру и переходит на левую половину гортани. Инфильтрат полностью обтурирует просвет гортани, голосовая щель не видна. Подвижность обеих половин гортани отсутствует.

Ваш диагноз? Назначьте лечение?

Ответ Рак гортани T₄N₂M₀. Биопсия для уточнения диагноза. Экстирпация гортани с последующей лучевой терапией

Ситуационная задача № 8

У больной 63 лет жалобы на затруднение дыхания. Больна около 2-х лет. В последние три месяца присоединилось затруднение дыхания и болезненность в горле при глотании с иррадиацией в левое ухо. В гортани бугристое образование, занимающее левую голосовую складку с переходом через переднюю комиссуру на правую. Левая половина гортани резко ограничена в подвижности. Голосовая щель значительно сужена. При физической нагрузке (ходьбе) появляется одышка и втяжение надключичных и яремных ямок. Регионарные лимфоузлы шеи не увеличены. Число дыхательных движений 15 в минуту.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые исследования и лечение?

Ответ: Рак гортани T₄N₂M₀. Биопсия. Горизонтальная резекция гортани с последующей лучевой терапией

Ситуационная задача № 9

У больного 52 лет жалобы на боль при глотании с иррадиацией в левое ухо, голос звучный. Болеет около трех

месяцев, боли постепенно нарастали. По поводу «хронического фарингита» безуспешно лечился в поликлинике. На гортанной поверхности надгортанника и передней трети вестибулярных складок определяется изъязвленный инфильтрат. Небольшой отек слизистой оболочки язычной поверхности надгортанника. Голосовые складки при фонации полностью смыкаются, голосовая щель широкая. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые дополнительные исследования?

Ответ Рак гортани T₁NoMn. Биопсия. Томография гортани

Ситуационная задача № 10

У больного 48 лет жалобы на охриплость, появившуюся около четырех месяцев назад. Проводилось противовоспалительное лечение, щелочно-масляные ингаляции, вливания каротолина в гортань - без эффекта. Вестибулярный отдел гортани не изменен, левая голосовая складка гиперемирована, край ее ровный, правая складка бледная. В подскладочном пространстве определяется крупнобугристый инфильтрат, серого цвета. Левая половина гортани неподвижна. Голосовая щель сужена. Признаков стеноза гортани нет. На рентгенограммах гортани на глубине 4, 5 и 6 см отчетливо определяется инфильтрат левой половины подголосового пространства, распространяющийся от голосовой складки до нижнего края перстневидного хряща. Просвет подголосового пространства значительно сужен.

Ваш диагноз? Назначьте дополнительные методы исследования?

Ответ Рак гортани T₃NnMn. Биопсия. Томография гортани

Ситуационная задача № 11

Больной 12 лет обратился с жалобами на затруднение носового дыхания и снижение слуха на правое ухо. Два года назад впервые отметил заложенность носа и затруднение носового дыхания, последний месяц периодически возникают спонтанные носовые кровотечения. Объективно: слизистая оболочка полости носа отечная, в правой половине носа в задних отделах и в носоглотке определяется объемное образование с гладкой поверхностью ярко-красного цвета, обтурирует хоаны. При пальпации плотно-эластичной консистенции. Носовое дыхание резко затруднено.

Поставьте предварительный диагноз.

Какие нужны дополнительные методы исследования?

Как лечить больного?

Ситуационная задача № 12

Больной, возраст 21 год, жалуется на постоянную головную боль в области лба, которую впервые отметил шесть месяцев назад.

Объективно: Состояние удовлетворительное. Кожа лица не изменена, деформаций нет, слизистая носа и носоглотки розовая, носовые ходы свободные, дыхание сохранено. На рентгенограмме околоносовых пазух определяется высокоинтенсивное затемнение в области правой лобной пазухи округлой формы с гладкими краями, занимающее половину объема пазухи, исходящее из её передней стенки.

Поставьте предварительный диагноз.

Назначьте лечение.

Ситуационная задача № 13

Больная 42 лет поступила с жалобами на затруднение носового дыхания через левую половину носа, сукровичные выделения из этой половины носа, головную боль в правой половине лица. Больной себя считает два месяца, симптомы возникли постепенно без видимой причины.

Объективно: левая половина носа обтурирована крупнобугристым образованием багрово-синюшного цвета, передние отделы его изъязвлены, кровотечение при дотрагивании зондом. Перегородка носа смещена вправо. Носовое дыхание резко затруднено слева.

Поставьте предварительный диагноз.

Какие дополнительные исследования необходимы для его уточнения?

Ситуационная задача № 14

У больной 13 лет в течение трех месяцев отмечаются кровянистые выделения из носа, отсутствует носовое дыхание справа, отечность мягких тканей щечной области, болей нет. В течение последней недели стали «качаться» зубы (14,15) на верхней челюсти справа.

Объективно: асимметрия лица за счет отека и инфильтрации мягких тканей правой щеки, пальпация этой области безболезненна. При риноскопии правый общий носовой ход сужен за счет выпячивания боковой стенки носа, дыхание через эту половину носа затруднено, обоняние отсутствует. Лимфоузлы шейные не пальпируются. На рентгенограмме околоносовых пазух определяется тотальное затемнение правой верхнечелюстной пазухи средней интенсивности, деструкция ее медиальной стенки.

Поставьте предварительный диагноз.

Какие дополнительные методы исследования необходимы для его уточнения?

Ситуационная задача № 15

Больная, 39 лет, жалуется на чувство инородного тела в глотке, усиливающееся при глотании, ощущение жжения, першения. Жалобы появились в течение трех месяцев. Лечилась амбулаторно полосканиями и смазываниями глотки раствором Люголя, принимала антибиотики, но без эффекта. В прошлом один – два раза в год болела ангиной.

Объективно: в области верхнего полюса правой небной миндалины имеется бугристое опухолевидное образование розового цвета в виде петушиного гребня распространяющееся в просвет ротоглотки и суживающее его наполовину, легко кровоточащее при дотрагивании. В центре образования углубление, на дне его сероватый налет. Пальпаторно образование плотное, инфильтрат переходит на боковую стенку глотки. Справа на шее пальпируется конгломерат увеличенных передних шейных лимфатических узлов, размерами 3х4 см, плотный, ограниченно смещаемый. В мазке из левой миндалины обнаружен патогенный стафилококк.

Каков предполагаемый диагноз?

Какие дополнительные методы исследования необходимо провести?

Ситуационная задача № 16

Больная 45 лет обратилась с жалобами на охриплость. Два месяца назад под эндотрахеальным наркозом произведена холецистэктомия. После операции были значительные боли в горле, сплевывала кровь. Тогда же отметила появление охриплости. Спустя две недели боли в горле полностью прекратились, голос стал лучше, но постепенно вновь ухудшился.

Объективно: при непрямой ларингоскопии вестибулярный отдел гортани не изменен, голосовые складки серые, подвижны при фонации. В задних отделах гортани имеется ярко-красное образование величиной с вишню на узкой ножке, исходящее из голосового отростка правого черпаловидного хряща (задняя треть правой голосовой складки). Регионарные лимфатические узлы не увеличены.

Каков диагноз?

Как лечить больную?

Ситуационная задача № 17

Больной, 49 лет, жалуется на охриплость, которая беспокоит около полугода. Считал, что это связано с курением, однако после того, как бросил курить три месяца назад, осиплость не прошла.

Объективно: В полости глотки патологических изменений не определяется. При непрямой ларингоскопии выявлен бугристый инфильтрат на правой голосовой складке, подвижность её заметно ограничена. Голосовая щель достаточна для дыхания. В подголосовом пространстве изменений нет. Лимфоузлы не пальпируются.

Какой предполагаемый диагноз?

Какие дополнительные обследования необходимы?

Как лечить больного?

Ситуационная задача № 18

Больной 48 лет жалуется на боль в области шеи, отсутствие дыхания через естественные пути, афонию. Около шести месяцев назад больной отметил появление охриплости, к врачу не обращался, лечение не проводилось. Охриплость постепенно усиливалась, появились боли при глотании, затруднение дыхания. Неделю назад в связи с резким затруднением дыхания была произведена трахеотомия.

Объективно: крупнобугристый инфильтрат занимает всю правую половину гортани, переднюю комиссуру и переходит на левую половину гортани, полностью закрывает просвет гортани. Голосовая щель необозрима. Отек слизистой оболочки черпаловидных складок и язычной поверхности надгортанника. Наружный осмотр шеи: инфильтрация щитовидного хряща, его неподвижность при боковом смещении. Трахеостомическая трубка в нижней трети шеи, кожа вокруг стомы инфильтрирована, местами мацерация. Рентгенография грудной клетки патологии не выявила. Передние шейные лимфатические узлы пальпируются до 2 х 2 см, безболезненные, спаянные с окружающей клетчаткой. Реакция Вассермана отрицательная.

Каков диагноз?

Как лечить больного?

Ситуационная задача № 19

Больной 63 лет обратился к оториноларингологу с жалобами на затруднение дыхания, боль в горле при глотании, першение в глотке. Болен два года. Вначале першение и боли в горле были периодическими. В последние три месяца присоединились затруднение дыхания и боль в горле при глотании с иррадиацией в левое ухо.

Объективно: в гортани – бугристое образование, занимающее левую желудочковую и голосовую складки с переходом через переднюю комиссуру на правую голосовую складку. Левая половина гортани резко ограничена в подвижности, черпало-надгортанная складка отечна. Голосовая щель значительно сужена. При ходьбе появляется одышка, отмечается втяжение надключичных и яремных ямок. Регионарные лимфатические узлы шеи не увеличены. На рентгенограмме грудной клетки определяется несколько округлой формы теней диаметром до 1 см в проекции левого легкого.

Каков предполагаемый диагноз?

Какие необходимы дополнительные исследования?

Каково лечение?

Ситуационная задача № 20

Больной 43 лет обратился с жалобами на стойкий непродуктивный кашель, появление по ночам приступов удушья, которые проходят без применения лекарств после изменения положения тела. Кашель появился около четырех месяцев назад. Проводилось противовоспалительное лечение (щелочно-масляные ингаляции, вливание каротина в гортань). В начале лечения больной отметил некоторое улучшение, однако спустя три недели симптомы стали стойкими, а в течение последних трех недель появились охриплость, одышка при ходьбе и приступы удушья по ночам.

Объективно: Признаков стеноза гортани (одышки, втянутости надключичной и яремной ямок) при осмотре нет; регионарные лимфатические узлы не увеличены. При непрямой ларингоскопии: вестибулярный отдел гортани не изменен, левая голосовая складка гиперемирована, край ее ровный, правая складка серая. В подголосовой области слева определяется крупнобугристый инфильтрат серо-розового цвета, занимающий всю левую половину подголосового отдела. Левая половина гортани неподвижна. Голосовая щель сужена. На компьютерных томограммах гортани определяется инфильтрат левой половины подголосового пространства, распространяющийся от голосовой складки до нижнего края перстневидного хряща. Просвет подголосового пространства значительно сужен. Признаков деструкции хрящей нет.

Каков диагноз?

Что требуется для его уточнения?

Раздел 14. Врачебная и трудовая экспертиза при заболеваниях ЛОР-органов. Медицинская реабилитация

Контрольные вопросы

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Профессиональный отбор лиц, поступающих на работу, связанную с воздействием интенсивного шума, вибрации, токсических веществ, пыли, резких перепадов атмосферного давления, температуры, влажности.
2. Проведение профилактических осмотров организованных групп населения.
3. Профилактический осмотр подростков.
4. Диспансерное наблюдение больных. Принципы. Организация.
5. Выдача рекомендаций по рациональному трудоустройству пациентов с инвалидностью
6. Санитарно-просветительная работа: индивидуальные беседы с больными во время амбулаторного приема,
7. Выпуск санитарных листов, вывешиваемых в лечебных учреждениях, на промышленных предприятиях, в школах и учреждениях,
8. Санитарно-просветительная работа: подготовка выступлений врачей по местному и городскому радио.
9. Заболевания верхних дыхательных путей и уха, при которых проводится диспансерное наблюдение больных
10. Правила диспансерного наблюдения больных, страдающих заболеваниями верхних' дыхательных путей и уха. Оформление документации.
11. Сроки и виды санаторно-курортного лечения
12. Основания для снятия с диспансерного учета
13. Заболевания, при которых больные направляются на МСЭ для определения группы инвалидности
14. Временная нетрудоспособность. Правила выдачи больничных листов
15. Инвалидность при ЛОР заболеваниях. Группы
16. Отогенные осложнения, вопросы трудоустройства и перевода больных на инвалидность
17. Трудоспособность, трудоустройство и экспертиза больных с заболеваниями среднего уха, отогенными осложнениями
18. Трудоспособность больных с невоспалительными заболеваниями уха и их рациональное трудоустройство
19. Трудоспособность пациентов с патологией верхних дыхательных путей
20. Трудоспособность пациентов с онкологическими заболеваниями ЛОР органов

Раздел 15. Сурдология

Контрольные вопросы

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Клиническая анатомия наружного уха.
2. Строение наружного слухового прохода.
3. Строение барабанной перепонки.
4. Механизм звукопроведения.
5. Клиническая анатомия среднего уха.
6. Принципы и методы исследования слуха.
7. Заболевания наружного уха.
8. Острое гнойное воспаление среднего уха. Этиология. Патогенез. Диагностика. Лечение.
9. Анатомические особенности уха у детей.

10. Особенности лечения острого среднего у детей.
11. Хроническое гнойное воспаление среднего уха. Классификация. Этапность консервативной терапии.
12. Клинические симптомы хронического гнойного среднего отита. Основные принципы лечения. Цель хирургического лечения.
13. Определение холестеатомы.
14. Дифференциально-диагностические признаки клинических форм хронического среднего отита.
15. Негнойные заболевания уха. Отосклероз. Болезнь Меньера.
16. Сенсоневральная тугоухость. Классификация. Этиология. Патогенез.
17. Сенсоневральная тугоухость. Диагностика. Лечение.

Тестовые задания с эталонами ответов

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10)

1. В основе болезни Меньера лежат следующие патологические процессы:
Воспалительные изменения в лабиринте.
+ Нарушение гидродинамики лабиринта, сопровождающееся гидропсом (водянкой) лабиринта, расширением эндолимфатического пространства.
Хронические дегенеративные изменения клеточных структур внутреннего уха.
2. Основные причины приобретённой глухонемой следующие:
Аденоиды и хронический тонзиллит.
Кровное родство и алкоголизм родителей.
+ Инфекционные заболевания, применение ототоксических антибиотиков, интоксикация и травма плода во внутриутробном периоде, родовая травма уха.
3. Отоскопические признаки, характерные для отосклероза:
+ Уменьшение или отсутствие ушной серы.
+ Относительно широкий слуховой проход.
+ Истончение барабанной перепонки, просвечивание через барабанную перепонку розового промоториума.
Втянутая барабанная перепонка.
Гиперемия барабанной перепонки.
4. При сенсоневральной тугоухости патологический процесс локализуется:
+ В Кортиевом органе, спиральном ганглии и в стволе слухового нерва.
В Кортиевом органе, в эндо - и перилимфе.
В Кортиевом органе.
5. Профилактика тимпаносклероза заключается в следующем:
+ Рациональное лечение воспалительных заболеваний среднего уха.
+ Санация носоглотки.
+ Восстановление проходимости евстахиевой трубы.
Отказ от приема ототоксичных антибиотиков.
Соблюдение ПДК (предельно допустимые концентрации) в условиях шумовибрационных производств.
6. Патоморфологическая сущность изменений костной капсулы лабиринта у больных отосклерозом заключается в следующем:
Превращение компактной кости в спонгиозную. .
+ Превращение компактной кости в спонгиозную, а затем — склерозирование ее с фиксацией стремени.
Первоначальное склерозирование вокруг овального окна с фиксацией стремени.
7. Основные причины врожденной глухоты следующие:
+ Интоксикация и травма плода во внутриутробном периоде.
+ Кровное родство родителей, врожденный сифилис, алкоголизм родителей, наследственные заболевания.
Родовая травма уха.
Острый буллезный средний отит новорожденного.
Острый гнойный средний отит новорожденного.
8. Основной очаг патологического процесса при болезни Меньера локализуется:
+ Во внутреннем ухе.
В среднем ухе.
Во внутреннем слуховом проходе.
9. Кохлеарный неврит развивается при следующих заболеваниях внутренних органов и нервной системы:
+ Сахарный диабет, атеросклероз, гипертоническая болезнь и эпидемический цереброспинальный менингит.

Порок сердца, язвенная болезнь и гастрит.
Рак желудка, печени и кишечника.

10.Тимпаносклероз диагностируется на основании следующих признаков:

Отрицательный опыт Желле.
+ отрицательный опыт Желле.
Отрицательный опыт Бинга.
+втянутость и рубцовые изменения барабанной перепонки

11.В возникновении сенсоневральной тугоухости определенное значение принадлежит следующим этиологическим факторам:

Наследственным.
+ Вирусным, токсическим.
+ Травматическим, эндокринным, сосудистым.
Невриноме 8-ого нерва.
Острому гнойному среднему отиту.
Мезотимпаниту.

12.Отосклероз это:

Резко выраженные склеротические изменения в сосудах внутреннего уха.
Образование рубцовых спаек в среднем ухе.
+ Заболевание костной капсулы лабиринта дистрофического характера.

13.При болезни Меньера во время приступа слух нарушается по следующему типу:

+ По смешанному типу, при котором имеется одновременное поражение звукопроводящего и звуковоспринимающего аппаратов.

По типу поражения одного звукопроводящего аппарата.

По типу поражения одного звуковоспринимающего аппарата.

14.При хирургическом лечении отосклероза могут встречаться следующие осложнения:

+ Осложнений почти не бывает.
Гнойные средние отиты, лабиринтиты, менингиты.
Перилимфатическая фистула.
Парезы и параличи лицевого нерва.
Гнойные средние отиты и лабиринтиты, менингиты, ликворея.
Вестибулопатия.

15.При лечении хронического кохлеарного неврита чаще всего применяется следующий комплекс лекарственных препаратов:

Антибиотики широкого спектра действия, ганглиоблокаторы, спазмолитики, сосудорасширяющие средства и витаминные препараты группы В.
Антибиотикотерапия, антигистаминные препараты, препараты кальция, витамины группы В и средства, тонизирующие нервную систему.
+ Гипотензивные препараты, витамины группы В, А, Е, С, препараты, улучшающие микроциркуляцию, биостимуляторы и препараты антихолинэстеразного действия.

16. Для отосклероза характерно сочетание следующих акустических данных:

Отрицательный опыт Бинга и Ринне, положительный опыт Желле.
- Отрицательный опыт Бинга, положительный опыт Желле.
Положительный опыт Бинга, Ринне, Желле.
+ Отрицательный опыт Бинга, Ринне, Желле.

17. Наиболее эффективной формой профилактики кохлеарных невритов в условиях промышленных предприятий является:

+ Максимальное использование спецодежды и защитных средств (противошумы).
+ Периодические медосмотры рабочих с исследованием слуховых функций.
+ Правильный и тщательный профотбор поступающих на работу.
Рациональное лечение воспалительных заболеваний уха.

18. Отосклероз чаще встречается:

У мужчин.
+ У женщин.
В одинаковой степени подвержены оба пола.

У детей.

19. При лечении кохлеарного неврита хирургические методы:

+ Применяются.

Не применяются.

20. Лица с болезнью Меньера не должны допускаться:

К работе с химическими веществами.

+ К работе, связанной с движущимися механизмами, вождением транспорта.

+ К работе, связанной с пребыванием на высоте.

К работе в условиях Крайнего Севера.

К работе, связанной с резкими перепадами температур, сквозняками, повышенной влажностью.

21. Для болезни Меньера в период обострения наиболее характерны следующие объективные признаки:

Потеря сознания с судорогами и непроизвольным моче-испусканием.

Атаксия и рвота.

+ Спонтанный нистагм, вынужденное положение больного.

+ Бледность кожных покровов, атаксия и рвота.

Головная боль, шаткость походки.

22. При отосклерозе преимущественно нарушается:

Костная проводимость.

Костная и воздушная проводимость в одинаковой степени.

+ Воздушная проводимость.

23. Следующие лекарственные вещества вызывают сенсоневральную тушлухость:

+ Антибиотики аминогликозидного ряда, препараты хины и мышьяка,

Антибиотики пенициллинового ряда, антихолинэстеразные препараты, витамины группы В.

Сосудосуживающие средства, ганглиоблокаторы и антибиотики тетрациклинового ряда.

24. Болезнь Меньера чаще всего проявляется на фоне следующих заболеваний:

+ Гипотония, общая вегето-сосудистая дистония.

+ Шейный остеохондроз и климактерический невроз.

Гипертоническая болезнь.

Атеросклероз сосудов головного мозга.

25. Отосклероз чаще начинается:

В пожилом возрасте(50-70 лет).

+ В среднем возрасте(30-40).

В молодом возрасте(10-30).

-В раннем детском возрасте(0-Ю).

26. В основе развития сенсоневральной тугоухости лежат следующие патологические процессы:

Склеротические процессы в области подножной пластинки стремени.

+ Дегенеративные изменения в области первого нейрона слухового анализатора (кортиева орган, спиральный ганглий, ствол слухового нерва).

+ Опухолевый рост тканей внутреннего слухового прохода.

Частые обострения хронического мезотимпанита.

27. Чаще и быстрее приводят к развитию кохлеарного неврита следующие виды травм:

+ Акутравма.

Баротравма.

Вибротравма.

-Сотрясение головного мозга.

28. Наиболее широкое применение в настоящее время нашли следующие хирургические методы лечения отосклероза:

+ Различные варианты стапедопластики.

Мобилизация стремени по Розену.

Фенестрация горизонтального полукружного канала.

29. Чаще всего приходится дифференцировать болезнь Меньера со следующими заболеваниями:

Отосклероз.

Неврит слухового нерва.

+ Лабиринтит.

+ Кистозная невринома 8-го нерва, менингеома и арахноидит мостомозжечкового угла.

30. Подвижность цепи слуховых косточек чрезвычайно важно оценивать при следующем негнойном заболевании уха:

Профессиональный неврит слуховых нервов.

Серная пробка в наружном слуховом проходе.

+ Отосклероз.

31. У больных с отосклерозом отмечаются следующие наиболее характерные жалобы:

+ Медленное и постепенное понижение слуха, шум в ушах.

+ Ухудшение слуха во время беременности.

+ Временное улучшение слуха в шумной обстановке.

Быстро развивающееся понижение слуха и шум в ухе.

Приступы головокружения, расстройство равновесия, тошнота, рвота, понижение слуха и шум в ухе.

32. В ближайшие дни после приступа болезни Меньера больным показана следующая диета:

+ Растительно-молочная, витаминизированная, с ограничением поваренной соли и жидкости.

Обычная, по желанию больного.

Преимущественно растительно-молочная с употреблением большого количества жидкости.

33. Больным сенсоневральной тугоухостью наиболее противопоказаны следующие виды работ:

+ С вибрацией.

+ С шумом.

Работа, связанная с транспортом, движущимися механизмами и на высоте.

34. Обострению болезни Меньера чаще всего могут способствовать следующие факторы:

+ Инфекция, травма головы, психотравма.

+ Резкие колебания артериального давления, переутомление.

Авитаминоз и алкоголизм.

Воспалительные процессы в носоглотке.

35. При кохлеарном неврите страдает следующая проводимость:

Воздушная.

+ Воздушная и костная.

Костная.

36. Для болезни Меньера наиболее характерен следующий комплекс жалоб:

Медленное и постепенное понижение слуха, шум в ухе, головные боли, повторяющиеся припадки с потерей сознания и судорогами.

Быстро развивающееся понижение слуха, шум в ухе, головные боли, обморочные состояния с потерей сознания без судорог.

+ Приступы головокружения, расстройства равновесия, тошнота, рвота, понижение слуха и шум в ухе.

37. Основные методы лечения тимпаносклероза:

Консервативные.

Хирургические.

+ Консервативные и хирургические.

38. Чаще всего дифференцируют кохлеарный неврит со следующими заболеваниями:

Хронические эпитимпаниты и мезотимпаниты.

+ Отосклероз и болезнь Меньера.

Тимпаносклероз и адгезивный отит.

+ Невринома 8-ого нерва.

39. Сурдология это:

Специальный раздел отиатрии, который занимается диагностикой и лечением вестибулярных расстройств.

+ Специальный раздел отиатрии, который занимается организацией профилактики и лечения глухоты и тугоухости.

Специальный раздел отиатрии, который занимается слуховосстанавливающими операциями.

40. Тимпаносклероз это:

+ Слипчивый процесс в барабанной полости, который развивается вследствие перенесенных острых и хронических отитов.

Анкилоз стремечка.

Склеротический процесс в сосудах среднего и внутреннего уха.

41. Состояние слуховой функции у детей дошкольного возраста можно определить следующими способами:

+ Игровая и объективная аудиометрия.

Обычные аудиометрические способы исследования.

Обычные камертональные способы исследования.

42. При кохлеарном неврите наблюдается следующий вид тугоухости:

Нарушение звукопроводения.

+ Нарушение звуковосприятия.

Смешанная форма тугоухости.

43. Звуковосприятие при кохлеарном неврите обычно начинает обычно поражаться со следующих тонов:

+ Высокочастотных.

-- Низкочастотных.

Со среднего диапазона частот.

44. Виды операций, наиболее часто применяемые при отосклерозе:

+ Мобилизация стремени, фенестрация подножной пластинки стремени, стапедопластика.

Антротомия.

Перерезка барабанной струны, вскрытие эндолимфатического мешка, перерезка вестибулярной порции 8-го нерва.

Радикальная общеполостная операция.

45. При тимпанальной форме отосклероза нарушается преимущественно следующая проводимость звука:

+ Воздушная.

Костная.

Оба типа проводимости.

46. Ограничение подвижности барабанной перепонки отмечается:

При отосклерозе.

+ При адгезивном среднем отите.

При сенсоневральной тугоухости.

При болезни Меньера.

47. При болезни Меньера чаще поражается:

+ Один лабиринт.

Оба лабиринта в равной степени.

Оба лабиринта с преобладанием одного.

48. При сенсоневральной тугоухости проходимость слуховой трубы:

+ Не нарушена.

Частично нарушена.

Нарушена полностью.

49. При шумовой этиологии сенсоневральной тугоухости, прежде всего, происходит снижение слуха на частотах:

500-1000 Гц.

+ 4000 Гц.

125-250 Гц.

50. Очаги отосклероза локализуются чаще всего:

.+ В области овального окна.

В области круглого окна.

Во внутреннем слуховом проходе.

На барабанной перепонке.

51. Паракузис Велизии отмечается при следующих заболеваниях:

Болезнь Меньера.

Нейросенсорная тугоухость.

Хронический средний отит.

+ Отосклероз.

52. Болезнь Меньера чаще встречается:

У мужчин.

У женщин.

+ В равной степени у обоих полов.

53. Характер головокружения при болезни Меньера обычно:

Несистемный.

+ Системный.

Могут наблюдаться оба вида головокружения.

54. При отосклерозе пороги воздушной проводимости:

+ Повышаются.

Понижаются.

Не изменены.

56. Подвижность барабанной перепонки при адгезивном отите:

Не ограничена.

+ Ограничена.

57. Вестибулярная дисфункция является обязательным симптомом:

+ При болезни Меньера.

При отосклерозе.

При сенсоневральной тугоухости.

При адгезивном отите.

58. Опыт Бинга положительный:

При болезни Меньера.

При отосклерозе.

+ При нейросенсорной тугоухости.

При тимпаносклерозе.

59. Преимущественно оперативное лечение проводится:

При нейросенсорной тугоухости.

+ При отосклерозе.

При тубоотите.

При остром гнойном среднем отите.

60. Нарушение звукопроводения можно обнаружить:

+ При болезни Меньера в момент приступа.

При нейросенсорной тугоухости.

+ При адгезивном среднем отите.

+ При отосклерозе (тимпанальной форме).

61. Опыт Ринне отрицательный:

+ При болезни Меньера.

+ При отосклерозе.

При нейросенсорной тугоухости.

+ При тимпаносклерозе.

62. Характерные клинические признаки в момент приступа при болезни Меньера:

+ Снижение слуха.

+ Шум в ухе.

+ Приступы головокружения, неустойчивость при ходьбе, тошнота, рвота.

Головная боль.

Нарушение памяти (амнезия).

Нарушение речи (афазия).

63. Латерализация в здоровое ухо в опыте Вебера отмечается при:

Отосклерозе.

+ Односторонней нейросенсорной тугоухости.

Адгезивном отите.

64. Перечислите лекарственные препараты, используемые для лечения приступа болезни Меньера:

Ронидаза.

+ Атропин.

+ Аминазин.

Пенициллин.

Гемодез.

64. Перечислите лекарственные препараты, используемые для лечения болезни Меньера в межприступный период:

- Ронидаза.

+ Натрия гидрокарбонат.

- Хемотрипсин.

- Пенициллин.

+ 40 % р-р глюкозы.

- Гемодез.

+ Фуросемид.

+ Хлорид кальция.

+ Новокаин.

65. Костная проводимость в опыте Швабаха, как правило, укорочена при следующих невоспалительных заболеваниях уха:

+ Болезни Меньера.

+ сенсоневральной тугоухости.

Тубоотите.

Адгезивном отите.

Мирингите.

66. Нарушение проходимости слуховых труб способствует возникновению:

Болезни Меньера.

сенсоневральной тугоухости.

Отосклероза.

+ Тимпаносклероза.

67. Стапедопластика выполняется при следующем заболевании:

Болезнь Меньера.

Нейросенсорная тугоухость.

Адгезивный отит.

+ Отосклероз.

68. Для лечения вазоспастической формы болезни Меньера используют:

Кислород.

+ Карбоген.

Сосудосуживающие препараты.

+ Сосудорасширяющие препараты.

69. Причины развития сенсоневральной тугоухости:

Дисфункция слуховой трубы.

+ Производственный шум и вибрация.

+ Ототоксические препараты.

Травматическое повреждение слуховых косточек.

Спаечный процесс в среднем ухе.

70. Подвижность цепи слуховых косточек сохраняется:

В момент приступа болезни Меньера.

При отосклерозе.

При тимпаносклерозе.

+ При сенсоневральной тугоухости.

71. При тимпаносклерозе патологический процесс локализуется:

+ В среднем ухе.

Во внутреннем и среднем ухе.

Во внутреннем ухе.

В наружном ухе.

72. Положительный опыт Желле выявляется при следующих заболеваниях:

+ Болезнь Меньера.

Отосклероз.

+ сенсоневральная тугоухость.

+ Хронический средний отит.

73. При адгезивном отите барабанная перепонка:

+ Рубцово изменена.

Розовая, истончена, прозрачна.

Не изменена.

74. Лечение тимпанальной формы отосклероза:

+ Оперативное.

Консервативное.

Лучевое

химиотерапевтическое.

Дополнить

75. *Вопрос:* Заболевание, в патогенезе которого определяется гидропс лабиринта, называется _____

Ответ: болезнь Меньера

76. *Вопрос:* При сенсоневральной тугоухости опыт Ринне _____

Ответ: положительный

77. *Вопрос:* При сенсоневральной тугоухости определяется нарушение звуко-_____

Ответ: восприятия

78. *Вопрос:* При тимпаносклерозе опыт Ринне _____

Ответ: отрицательный

79. *Вопрос:* При оперативном лечении отосклероза наиболее часто проводится _____

Ответ: стапедопластика

80. *Вопрос:* Заболевание, которое проявляется перцептивной тугоухостью и субъективным шумом в ушах называется _____

Ответ: нейросенсорная тугоухость

81. *Вопрос:* При адгезивном отите опыт Ринне _____

Ответ: отрицательный

82. *Вопрос:* При отосклерозе (тимпанальная форма) определяется преимущественное нарушение звуко-_____

Ответ: проведения

83. *Вопрос:* Пороги дискомфортной громкости определяются у больных болезнью Меньера с целью выявления _____

Ответ: ФУНГа

84. *Вопрос:* При лечении вазоспастической формы болезни Меньера используются ингаляции _____

Ответ: карбогена

85. *Вопрос:* При тимпанальной форме отосклероза опыт Ринне _____

Ответ: отрицательный

86. *Вопрос:* При адгезивном отите наблюдается нарушение звуко- _____

Ответ: проведения

87. *Вопрос:* При лечении вазопаретической формы болезни Меньера используются ингаляции _____

Ответ: кислорода

88. *Вопрос:* Заболевание, при котором в среднем ухе формируется рубцовый спаечный процесс, называется _____

Ответ: адгезивный отит

89. Вопрос: При шумовой тугоухости в начальной стадии страдает восприятие чистых тонов в диапазоне _____

Ответ: 4000 Гц

90. Вопрос: Стапедопластика – хирургический метод лечения _____

Ответ: отосклероза

90. Вопрос: ФУНГ при болезни Меньера _____

Ответ: Положительный.

Ситуационные задачи с эталонами ответов

(проверяемые компетенции –УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

Ситуационная задача № 1

На прием к ЛОР врачу обратилась больная 45 лет, с жалобами на снижение слуха на оба уха. В анамнезе 2 месяца назад - тяжелый грипп, лечилась в инфекционной больнице.

Проведена акуметрия: AD AS

+ СШ +

4 м ШР 2 м

6 м РР 6 м

+ R +

□ W

«-» Sch «-»

Задание:

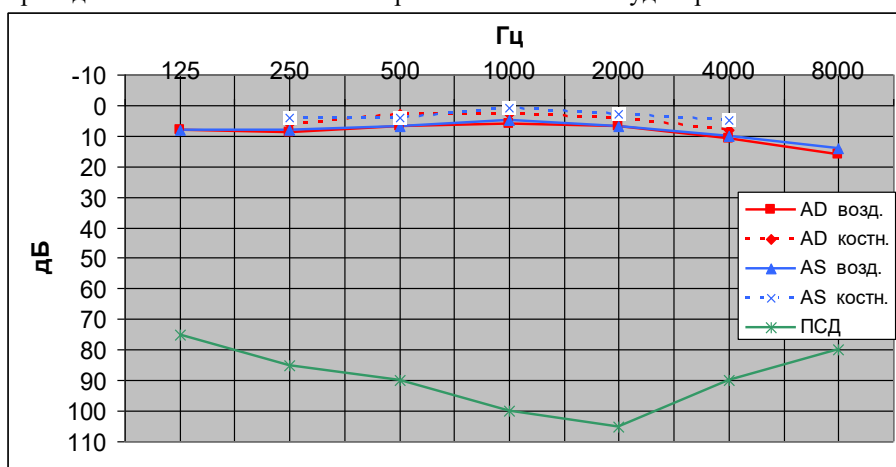
1. О патологии какого аппарата (звукоспринимающего или звукопроводящего) можно думать в данном случае?

2. Каковы возможные причины данного состояния?

Ответ: У пациентки патология звукоспринимающего аппарата слева. Причиной является вирусная инфекция (грипп в анамнезе).

Ситуационная задача № 2

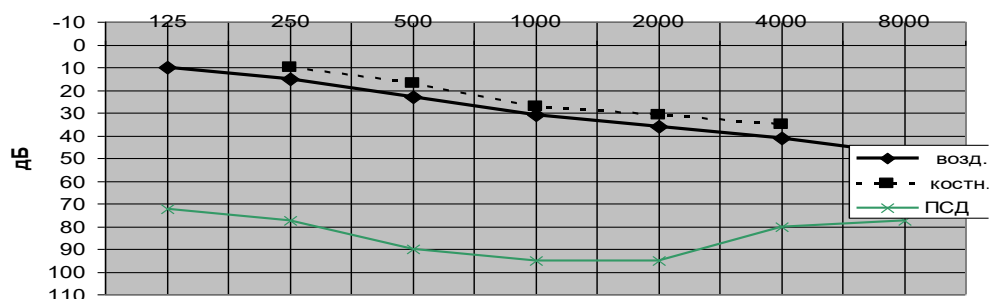
Проведите клинический анализ пороговой тональной аудиограммы:



Ответ: нормальный слух

Ситуационная задача № 3

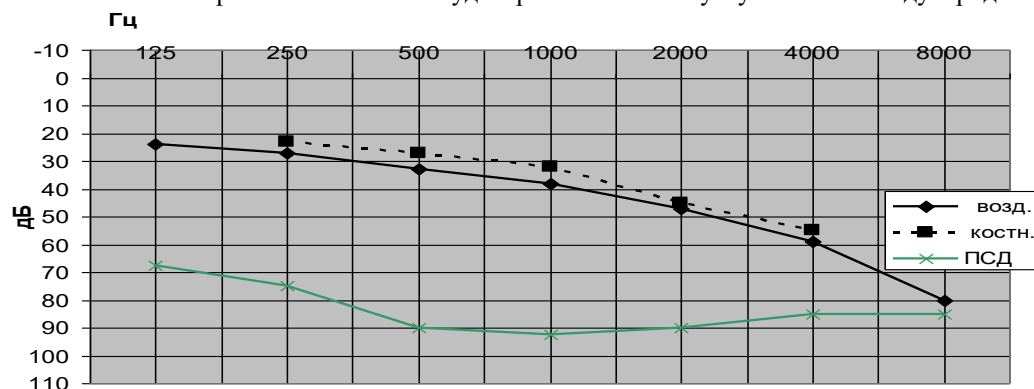
Проведите клинический анализ пороговой тональной аудиограммы:



Ответ: снижение слуха на оба уха по типу нарушения звукосприятия

Ситуационная задача № 4

Рассчитайте по пороговой тональной аудиограмме степень тугоухости по международной классификации:



Ответ: 2 степень СНТ

Ситуационная задача № 5

У больной 26 лет жалобы на шум в правом ухе, снижение слуха на оба уха. Больна в течение 6 лет после рождения ребенка, лучше слышит в шумной обстановке. Мт со всеми опознавательными контурами. Нарушение слуха по кондуктивному типу, больше справа. Вестибулярная функция в пределах нормы.

Поставьте диагноз. Какое лечение?

Ответ: Отосклероз. Операция - стапедэктомия со стапедопластикой.

Ситуационная задача № 6

У больной 36 лет, во время лечения пневмонии мономицином появился шум в обоих ушах и резкое снижение слуха на оба уха. При аудиологическом исследовании обнаружено резкое снижение слуха с обеих сторон (III степень) по типу нарушения звуковосприятия.

Ваш диагноз? Лечение

Ответ: Острая двусторонняя сенсоневральная тугоухость, обусловленная токсическим воздействием мономицина на кохлеовестибулярный нерв.

Лечение: дезинтоксикационная, сосудорасширяющая и стимулирующая терапия, физиотерапия.

Ситуационная задача № 7

У больной 40 лет жалобы на резкое снижение слуха, шум в ушах, неуверенность походки.

Снижение слуха имелось в период лечения острого нефрита антибиотиками (аминогликозиды) и Фурасемидом.

ЛОП-органы в пределах нормы. При аудиологическом исследовании выявлено двустороннее поражение звуковосприятия (III степень). При вестибулометрическом исследовании выявлено угнетение функции вестибулярного анализатора.

Ваш диагноз? Лечение.

Ответ: Острая двусторонняя сенсоневральная тугоухость, обусловленная интоксикацией ототоксическими препаратами. Лечение: дезинтоксикационная, сосудорасширяющая и стимулирующая терапия, физиотерапия

Ситуационная задача № 8

У больного 26 лет после вирусного заболевания 7 дней назад резко снизился слух на левое ухо. При осмотре ЛОР-органов патологических изменений не выявлено. При аудиологическом исследовании обнаружено глухота на левое ухо, справа слух в норме.

Ваш диагноз? Какие методы исследования и консультации каких специалистов необходимо назначить данному больному? Лечение.

Ответ: Острая левосторонняя сенсоневральная тугоухость, на фоне вирусной инфекции.

Методы обследования:

- вестибулологическое обследование (вращательная и калорическая пробы), стабилметрия.
- методы исследование сосудов головы и шеи (РЭГ, доплерография, дуплексное сканирование).
- методы исследование головного мозга (МРТ, КТ).
- методы исследование шейного отдела позвоночника (рентгенография, МРТ, КТ).
- консультации невролога, окулиста, терапевта.

Лечение: дезинтоксикационная, противовоспалительная, сосудорасширяющая, стимулирующая терапия, физиотерапия.

Ситуационная задача № 9

У больного 76 лет во время гипертонического криза (АД=240/120 мм.рт.ст.) 3 часа назад появились жалобы на глухоту, шум в левом ухе, головокружение в виде вращения предметов, тошноту, нарушение равновесия. При

исследовании слуховой и вестибулярной функции выявилось полное исключение слуха и вестибулярного аппарата справа.

Ваш диагноз? Какие методы исследования и консультации каких специалистов необходимо назначить данному больному? Лечение.

Ответ: Внезапная глухота слева на фоне повышения артериального давления.

Методы обследования:

- а) методы исследование сосудов головы и шеи (РЭГ, доплерография, дуплексное сканирование).
- б) методы исследование головного мозга (МРТ, КТ).
- в) методы исследование шейного отдела позвоночника (рентгенография, МРТ, КТ).
- г) консультации терапевта, невролога, окулиста.

Лечение: гипотензивная терапия, сосудорасширяющая, стимулирующая терапия.

Ситуационная задача № 10

У больной 43 лет жалобы на снижение слуха и шум в правом ухе, после стрессовой ситуации на работе. Считает себя больной в течение 5 дней. В анамнезе - остеохондроз шейного отдела позвоночника. ЛОР органы в норме. АД=120/80 мм.рт.ст. Слух АД Р.р.- 5м, Ш.р. - 2м.

Ваш диагноз? Какие методы исследования и консультации каких специалистов необходимо назначить данному больному? Лечение.

Ответ: Острая правосторонняя сенсоневральная тугоухость, обусловленная остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Необходимо:

- а) аудиологическое (тональная пороговая аудиометрия, импедансометрия), вестибулологическое обследование (вращательная и калорическая пробы), стабилметрия.
- б) методы исследование сосудов головы и шеи (РЭГ, доплерография, дуплексное сканирование).
- в) методы исследование головного мозга (МРТ, КТ).
- г) методы исследование шейного отдела позвоночника (рентгенография, МРТ, КТ).
- д) консультации невролога, окулиста, терапевта.

Лечение: сосудорасширяющая, стимулирующая терапия, физиотерапия.

Ситуационная задача № 11

У больной 28 лет жалобы на снижение слуха, шум в левом ухе, снижение вкусовых ощущений, «онемение» лица слева. Слух снижался постепенно в течение 3 лет. Снижение вкусовых ощущений, «онемение» лица появилось месяц назад. Данные осмотра: ЛОР-органы в норме, отмечается снижение корниального рефлекса, вкуса на передних 2/3 языка и чувствительности слизистой оболочки слева. При аудиологическом обследовании имеется снижение слуха слева III степени (по типу нарушения звуковосприятия), вестибулологическое исследование выявило снижение вестибулярной функции.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые обследования и консультации других специалистов.

Ответ: Прогрессирующая левосторонняя сенсоневральная тугоухость. Невринома кохлеовестибулярного нерва слева.

- а) рентгенологические методы исследования головного мозга, височных костей (рентгенограмма височных костей по Стенверсу КТ, МРТ)
- б) консультация нейрохирурга, невролога, окулиста.

Ситуационная задача № 12

Больная 36 лет жалуется на снижение слуха на оба уха. Больна около 4-х лет, когда после инфекционного заболевания появился шум в левом ухе и постепенно отмечалось снижение слуха на оба уха. В шумных условиях слух улучшается. Из анамнеза известно, что родители больной страдают тугоухостью. При осмотре - патологических изменений со стороны ЛОР органов не выявлено. На аудиограмме - двусторонняя кондуктивная тугоухость. Функция вестибулярного анализатора не изменена.

Ваш диагноз? Лечение.

Ответ: Отосклероз. Лечение: стапедэктомия со стапедопластикой.

Ситуационная задача № 13

Больной 54 лет поступил в ЛОР-стационар с жалобами на приступы головокружения в виде вращения предметов, возникающие 1-2 раза в год, длящиеся 5-10 минут, сопровождающиеся тошнотой; снижение слуха и шум в правом и левом ухе, нарушение равновесия.

Из анамнеза известно, что впервые приступы системного головокружения начались 15 лет назад, с частотой возникновения 2 раза в год, длящиеся 4-5 часов; через 5 лет приступы системного головокружения участились (1 раз в 3 месяца) и стали более продолжительными по времени. Слух слева стал снижаться постепенно через год после начала приступов головокружения (14 лет назад). В настоящее время отмечает глухоту на левое ухо. Слух справа снижен в течение 7 лет. Периодически (1-2 раза в год) находится на лечении в ЛОР стационаре с диагнозом болезнь Меньера.

При осмотре ЛОР -органы в норме. При аудиологическом обследовании: имеется левосторонняя глухота, правосторонняя сенсоневральная тугоухость II степени; гидропс не определяется. При вестибулологическом

обследовании - выраженное снижение функции левого лабиринта.

Ваш диагноз? Определите стадию заболевания.

Ответ: Болезнь Меньера III стадия.

Ситуационная задача № 14

Больная 30 лет доставлена в клинику с жалобами на системное головокружение, рвоту, нарушения равновесия, снижение слуха, шум в правом ухе. Приступ начался несколько часов назад после нервного напряжения, впервые в жизни.

При осмотре - ЛОР-органы в норме, слух справа снижен: Ш.р. 1 м., Р.р. 4 м., имеется SpNy вправо III ст., пальце-пальцевая проба - промахивание обеими руками влево, в позе Ромберга - стоять не может, падает влево.

Какие методы исследования и консультации каких специалистов необходимо назначить данной больной?

Поставьте предположительный диагноз. Лечение.

Ответ: Болезнь Меньера.

а) аудиологическое (тональная пороговая аудиометрия, глицериновый тест, электрокохлеография, импедансометрия), вестибулологическое обследование (вращательная и калорическая пробы), стабилметрия.

б) методы исследования сосудов головы и шеи (РЭГ, доплерография, дуплексное сканирование).

в) методы исследования головного мозга (МРТ, КТ).

г) методы исследования шейного отдела позвоночника (рентгенография, МРТ, КТ).

д) консультации

невролога, окулиста, терапевта.

Лечение:

а) купировать приступ головокружения

б) дегидратационная терапия

в) сосудорасширяющая терапия

г) стимулирующая терапия

д) использование методов физической реабилитации (физические упражнения, специальные вестибулярные упражнения на стабилотрапеции, ФЭТ).

Ситуационная задача № 15

У больной 44 лет на фоне постепенного понижения слуха справа в течение 2-х лет появился парез правого лицевого нерва.

Какие необходимо провести исследования для установления диагноза?

Ответ: а) рентгенологические методы исследования головного мозга, височных костей (рентгенограмма височных костей по Стенверсу КТ, МРТ); б) аудиологическое и вестибулологическое исследование

Ситуационная задача № 16

У больного 25 лет после перенесенной вирусной инфекции 5 дней назад внезапно снизился слух на правое ухо, появился шум. На аудиограмме - сенсоневральная тугоухость III степени справа.

Ваш диагноз? Лечение.

Ответ: Острая правосторонняя сенсоневральная тугоухость на фоне вирусной инфекции. Лечение:

дезинтоксикационная, противовоспалительная (кортикостероидные гормоны), сосудорасширяющая, стимулирующая терапия, физиотерапия.

Ситуационная задача № 17

У больной 26 лет после родов появился шум в ушах. В шумной обстановке слух улучшается. Ранее уши никогда не болели. При отоскопии: Мт в норме с сохранением светового конуса, слуховые проходы широкие, отсутствует сера с обеих сторон. На аудиограмме - двусторонняя кондуктивная тугоухость. Нарушений вестибулярной функции не определяется.

Ваш диагноз? Лечение.

Ответ: Отосклероз. Лечение: стапедэктомия со стапедопластикой.

Ситуационная задача № 18

К ЛОР врачу обратились родители с ребенком 4-х лет, который до этого месяц назад лечился в пульмонологическом отделении с ДЗ: Острая пневмония. После курса лечения, включающего гентамицин в/м, УВЧ на грудную клетку, бронхолитики, массаж, мама заметила у ребенка снижение слуха.

При осмотре ЛОР врач патологии со стороны наружного и среднего уха не обнаружил, но направил ребенка в стационар.

Задание:

Какой диагноз указал ЛОР врач в направлении в стационар?

Какие методы обследования необходимо провести ребенку для уточнения характера тугоухости?

В чем будет заключаться лечение?

Ситуационная задача № 19

У больного 12 лет, страдающего острым правосторонним средним отитом, появилось головокружение, тошнота, рвота, шаткость походки.

При вестибулометрии: в позе Ромберга отклоняется влево, координационные пробы нарушены слева, спонтанный мелкоамплитудный горизонтальный нистагм 1 степени вправо, направление падения зависит от положения головы. Слух на левое ухо – 6 м шепотной речи, на правое – 1 м.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Дайте заключение по вестибулометрии.
3. Определите лечебную тактику в данном случае.

Ситуационная задача №20

У пациентки 25 лет в течение 5 лет прогрессивно ухудшился слух, есть шум в левом ухе. Отметила резкое снижение слуха после родов 3 года назад. В шумной обстановке (поезд) слышит лучше.

При отоскопии слуховые проходы широкие, кожа истончена, барабанные перепонки серые, рефлекс сохранен. Камертональные пробы выявили кондуктивную тугоухость.

Задание:

- Какой пробой можно выявить кондуктивную тугоухость?
О каком заболевании можно думать в данном случае?
Как называется симптом улучшения слуха в шумной обстановке?

Ситуационная задача № 21

Больной М., 52 года, на протяжении 2-х десятилетий страдает двусторонней сенсоневральной тугоухостью. За последний год основной жалобой является ушной шум, который приводит к нарушению сна, выводит больного из состояния психического равновесия.

Медикаментозное и физиотерапевтическое лечение не дало положительного результата. После меатотимпанальных блокад (рефлекторное влияние) 2% раствором новокаина ушной шум прекращался на несколько дней.

Задание:

1. Характер ушных шумов, их характеристика.
2. Определите интенсивность субъективного ушного шума по Солдатову.
3. Ваша мысль о дальнейшем лечении, которое могло бы привести к уменьшению или ликвидации шума?

Ситуационная задача № 22

У больного Ш. на фоне лечения канамицином по поводу парапроктита внезапно появился шум в ушах, резко снизился слух, появилось умеренное головокружение, тошнота.

Слух на оба уха: ШР - 0м, РР - 0.5м.

Аудиограмма: пороги восприятия звуков по костной и воздушной проводимости от 10 до 100 дБ на частотах 125-5000 Гц. Кривые аудиограммы резко нисходящие.

Задание:

1. Дайте характеристику аудиограмм.
2. Определите характер тугоухости.
3. Поставьте диагноз.

Ситуационная задача №23

У больной Ч. 33 лет, 8 лет тому возник шум в правом ухе, ухудшилась острота слуха на это ухо. Во время беременности 4 года назад, заметно снизился слух. Больная лучше воспринимала разговорный язык в шумной обстановке (paracusis Willisii), в условиях тишины острота слуха снижалась, усиливались субъективные шумы. За последние 2 года резко снизился слух, восприятие разговорного языка в условиях шума ухудшилось.

Отоскопия: внешние слуховые проходы широкие, кожа их тонкая, легко ранимая во время очистки ушей; в костной части правого слухового прохода - экзостозы, барабанные перепонки тонкие.

Акуметрия: ШР правым ухом не воспринимается, РР воспринимается из расстояния 0.5м, левым ухом ШР воспринимается из расстояния 6г, РР > 10м.

Аудиометрия: АД восприятие костнопроведенных звуков на уровне 10-80 дБ, на частотах 125-3000 Гц, звуки выше 3000 Гц не воспринимает. Костно-воздушный интервал на указанных частотах 15-5 дБ. AS

восприятие костно- и воздушнопроводенных на уровне 5-10 дБ

Задание:

1. Дайте оценку аудиометрическим кривым АД и AS
2. Диагноз? Клиническая форма заболевания?
3. Ожидаемые результаты камертональных исследований в начале развития данного заболевания.
4. Лечение.

Ситуационная задача №24

Больную Ш., на протяжении 1 года беспокоит снижение слуха на правое ухо, сильный, низкой тональности шум в ушах. Отитами не страдала. Причину заболевания не может связать с чем-нибудь. В бесшумной (тихой) обстановке слух ухудшается, в шумной - улучшается.

Отоскопическая картина: барабанная перепонка серого цвета, утонченная, через нее видно красное пятнышко на медиальной стенке барабанной перепонки.

Тональная пороговая аудиограмма: восприятие звуков по костной проводимости на уровне 20-10дб; пороги воздушной проводимости повышены на басовые (низкочастотные) звуки до 50дб, на более высокие - до 40дб (костно-воздушный интервал 30дб). Имеющаяся субъективная флюктуация слуха.

Задание:

1. Определите тип тугоухости.
2. Предварительный диагноз.
3. Стадия заболевания с учетом изменений, выявленных при отоскопии?
4. Клиническая форма заболевания.

Ситуационная задача №25

Больная Э., возрастом 32 лет, жалуется на снижение слуха, шум в ушах на протяжении 4-х лет. Заболевание развивалось медленно. Более быстрое развитие настало два года назад после родов. Резко ухудшился слух, усилился шум, иногда ощущает умопомрачения: легкий разлад равновесия.

Отоскопическая картина: внешний слуховой проход свободный, кожа его тонкая, чувствительность ее снижена, отсутствующая сера; барабанная перепонка серого цвета с четкими распознавательными знаками.

Камертональные опыты: Ринне отрицательный, Швабах удлинённый, Желле отрицательный.

Тональная пороговая аудиометрия: костная проводимость сохранена, пороги воздушной проводимости, в диапазоне РР(500-4000дб), повышенные до 50дб. После катетеризации ушей слух не улучшился.

Задание:

1. Поставьте диагноз.
2. Которая по вашему мнению причина умопомрачения и расстройства равновесия.
3. Назначьте наиболее целесообразное, в данном случае, лечение.

Ситуационная задача №26

Больной Я. 13 лет лечится по поводу болезни Меньера. В первые годы заболевания периодические приступы кохлео-вестибулярных расстройств, чередовались продолжительными «светлыми» промежутками между ними (год, месяц), с частой флюктуацией слуха.

За последние три года приступы кохлео-вестибулярных расстройств стали частыми, продолжительными, с незначительными светлыми промежутками (недели - дни). Острота слуха быстро ухудшалась, приобрела черты тяжелой сенсоневральной тугоухости. Спонтанные вестибулярные разлады (головокружение, нистагм, атаксия) стойко держатся. Больной нетрудоспособный.

Задание:

1. Какую стадию (оборотную, необратимую) эндолимфатического гидропса можно предусмотреть в данном случае?
2. Какие вы знаете тесты, которые могут иметь диагностическое и прогностическое значения при лечении болезни Меньера?
3. Назначьте наиболее целесообразное лечение данному больному.

Ситуационная задача №27

У больного М., на протяжении 10 лет наблюдается прогрессирующее снижение слуха, усиление ушного шума в левом ухе. В последние два года несколько сниженная разборчивость языка, deprecusis Scheer - снижение разборчивости языка при жевании и глотании.

Отоскопическая картина: наличие мелких экзостозов на стенках внешних слуховых проходов, кожа их тонкая, сухая, легко ранимая со сниженной чувствительностью.

Дани тональной аудиограммы: пороги костного проведения в пределах 30 дб, костно-воздушный интервал 25-30 дб.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз. Определите клиническую форму заболевания.
2. С помощью какого исследовательский приема определяют разборчивость языка?
3. С каким заболеванием уха (негнойного характера) необходимо проводить дифференциальный диагноз и с помощью каких методов?

Ситуационная задача №28

Женщина Д., 34 лет жалуется на интенсивный шум в левом ухе, снижение остроты слуха на него. Считает себя больной 3 года, причину заболевания указать не может. Звуки высокой тональности воспринимает соответственно лучше, чем басы.

Отоскопия: в костном отделе внешнего слухового прохода небольшие экзостозы. Барабанная перепонка

серого цвета, тонкая. Через нее на уровне задне-верхнего квадранта просвечивает красное пятнышко.

ШР- воспринимает из расстояния 1.5 метра, РР - с 2.5м. Тональная аудиограмма: пороги восприятия звуков по костной проводимости на уровне 10-15дб, по воздушной - на уровне 40-50дб.

Задание:

1. Поставьте предварительный диагноз, форму заболевания.
2. Как называется симптом обусловленный наличием красного пятнышка, ее локализация.
3. Вспомогательные исследовательский приемы.
4. Какие операции на стремечке выполняются отохирургами в наше время?

Ситуационная задача №29

У больного Ч. (возраст 32 года) на протяжении 11 лет периодически наблюдается ушной шум, который со временем менялся за интенсивностью и тональностью. Через 4-5 дней после этого появлялось зрительное умопомрачение (ощущает движение предметов вокруг себя), дурнота, рвота, бледность кожи, холодный пот, изменение артериального давления, атаксия.

Ч. болеет тиреоидитом, аллергическим ринитом, гипертонической болезнью. Характер заболевания приступообразный. В первые 4-5 лет приступы заболевания повторялись 2-от х до 5 раз в год, продолжительность их от нескольких минут до 3-х часов. Со временем промежутки между приступами сокращались. За последние 2 года интенсивность субъективного шума уменьшилась, колебание остроты слуха отсутствующее, он приобрел характер стойкой двусторонней сенсоневральной тугоухости, спонтанные вестибулярные разлады (головокружение, нистагм, нарушение тонических реакций рук и походки) повторяются 1-2 раза на неделю, длятся больше суток. Трудоспособность стойко ограничена.

Задание:

1. Поставьте диагноз, стадию (I, II, III) заболевания.
2. Чем можно объяснить продолжительную вестибулярную дисфункцию (не смотря на дегидратационную и другую терапию) у больного Ч?
3. Есть ли, по Вашему мнению, необходимость хирургического вмешательства на данном этапе заболевания?
4. Какие группы хирургических вмешательств при этом заболевании Вы знаете?

Ситуационная задача №30

Больной, страдающий хроническим правосторонним гнойным средним отитом, предъявляет жалобы на системные головокружения, шаткость походки больше влево. При осмотре имеется спонтанный нистагм вправо II степени, мелкоамплитудный, надавливание на козелок правого уха, вызывает усиление у больного правостороннего спонтанного нистагма, возникает тошнота, усиливается системное головокружение. При проведении статокордационных проб: в пробе Фишера-Барре руки гармонично отклоняются влево; в указательных пробах руки гармонично промахиваются влево; в позе Ромберга больной отклоняется влево, при поворотах головы направление падения меняется; походка по прямой линии - отклонение влево; фланговая походка не изменена; адиадохокинез отсутствует.

Какие методы исследования вестибулярного анализатора необходимо провести для уточнения данных патологических изменений?

Ответ: вестибулологическое исследование с проведением вращательной, калорической и пневматической пробы; стабилметрия

Ситуационная задача № 31

У больного серная пробка справа.

По какому типу у него будет снижен слух, какие будут получены результаты при проведении камертональных тестов (Ринне, Вебера, Желле)?

Ответ: У больного правосторонняя кондуктивная тугоухость (снижение слуха справа по звукопроводящему типу). При проведении камертонального исследования опыт Ринне справа - отрицательный, слева - положительный; звук в опыте Вебера латерализуется вправо; опыт Желле положительный с обеих сторон.

Ситуационная задача № 32

У больного левосторонняя нейросенсорная тугоухость.

Какие будут получены результаты при проведении камертональных тестов?

Ответ: При проведении камертонального исследования опыт Ринне с обеих сторон положительный; звук в опыте Вебера латерализуется вправо; опыт Желле положительный с обеих сторон

Ситуационная задача №33

У больного отосклероз. По какому типу у него снижен слух, какие получены результаты при проведении камертональных тестов, изменение какого теста

Ответ: У больного двусторонняя асимметричная кондуктивная тугоухость (снижение слуха по звукопроводящему типу). При проведении камертонального исследования опыт Ринне будет отрицательный с двух сторон; звук в опыте Вебера будет латерализоваться в сторону хуже слышащего уха; опыт Желле будет

отрицательный с обеих сторон.

Ситуационная задача № 34

Слуховой паспорт больного: правое ухо: шепотная речь — 2 м. Ринне: отрицательный, Швабах: удлинённый, Вебер: латерализован вправо; левое ухо: шепотная речь — 6 м. Ринне: положительный, Швабах: одинаковый.

Задание:

Какой характер тугоухости по данным слухового паспорта?

Ситуационная задача № 35

Слуховой паспорт больного: правое ухо: шепотная речь — 1 м. Ринне: отрицательный, Вебер: латерализован вправо, Швабах: удлинённый; левое ухо: шепотная речь — 2 м. Ринне: отрицательный, Швабах: удлинённый.

Задание:

Какой характер тугоухости по данным слухового паспорта?

Ситуационная задача № 36

Слуховой паспорт больного: правое ухо: шепотная речь — 3 м. Ринне: положительный (малый), Вебер: латерализован влево, Швабах: укороченный; левое ухо: шепотная речь 6 м. Ринне: положительный, Швабах: одинаковый.

Задание:

Какой характер тугоухости по данным слухового паспорта?

Ситуационная задача № 37

Слуховой паспорт больного:

правое ухо: шепотная речь — 3 м, Ринне: положительный (малый), Вебер: латерализован вправо, Швабах: укороченный;

левое ухо: шепотная речь — 1 м, Ринне: положительный (малый), Швабах: укороченный.

Задание:

Какой характер тугоухости по данным слухового паспорта?

Ситуационная задача № 38

У больного 55 лет жалобы на гноетечение из левого уха, снижение слуха. Считает себя больным с детства, после перенесенной кори. Обострение процесса 1-2 раза в год.

Объективно: AS - в наружном слуховом проходе слизисто-гнойное отделяемое с запахом, в количестве 4^x ватников. Mt - отсутствует. Слизистая оболочка внутренней стенки барабанной полости гиперемирована, утолщена.

ВОПРОСЫ: Ваш диагноз? Назначьте необходимые обследования.

Ответ: Обострение хронического гнойного среднего отита слева.

а) рентгенограмма височных костей в проекции Шюллера, Майера или КТ височных костей

б) аудиологическое обследование (тональная пороговая аудиометрия)

Ситуационная задача № 39

У больного 50 лет жалобы на боль в левом ухе, снижение слуха, гноетечение. Считает себя больным в течение 5 лет. Два раза в году отмечает обострение процесса. Настоящее обострение в течение 10 дней. Не лечился.

Объективно: AS - пальпация сосцевидного отростка безболезненна. В наружном слуховом проходе слизисто-гнойное отделяемое без запаха в количестве 3^x ватников. Mt - гиперемирована, имеется центральная перфорация. На КТ височных костей костно-деструктивных изменений нет. На аудиограмме - кондуктивная тугоухость II ст.

ВОПРОСЫ: Ваш диагноз? Лечение.

Ответ: Обострение хронического левостороннего гнойного среднего отита. Мезотимпанит.

Лечение: а) антибиотикотерапия; б) гипосенсибилизирующая терапия; в) сосудосуживающие капли в нос; г) транстимпанальное введение антибактериальных препаратов ; д) беречь ухо от воды

Ситуационная задача № 40

У больного 20 лет жалобы на боль в ухе и в заушной области, гноетечение из левого уха, снижение слуха. Болен в течение 3^x недель.

Объективно: AS - в заушной области имеется инфильтрация, гиперемия мягких тканей, резкая боль при пальпации. В наружном слуховом проходе обильное слизисто-гнойное отделяемое. Mt - гиперемирована в задне-нижнем квадранте перфорация, нависание заднее-верхней стенки наружного слухового прохода. На рентгенограмме височных костей, слева, сосцевидный отросток завуалирован, клеточная система частично разрушена.

ВОПРОСЫ: Ваш диагноз? Лечение.

Ответ: Острый левосторонний гнойный средний отит. Мастоидит.

Лечение: антромастоидотомия

Раздел 16. Фониатрия.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Общие вопросы фониатрии.
2. История развития фониатрии.
3. Этапы развития фониатрии.
4. Связь фониатрии с другими дисциплинами.
5. Клиническая анатомия гортани (топография, хрящи, связки).
6. Клиническая анатомия трахеи и бронхов.
7. Клиническая анатомия, физиология и методы исследования гортаноглотки
8. Методы исследования гортани, трахеи и бронхов.
9. Физиология гортани.
10. Хронический ларингит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение).
11. Папилломатоз гортани (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение).
12. Острый ларингит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение).
13. Нарушение голоса при заболеваниях бронхолегочного аппарата.
14. Нарушение голоса при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.
15. Нарушение голоса при изменении функции желез внутренней секреции.
16. Физиолечение заболеваний голосового аппарата.
17. Аэрозольтерапия заболеваний голосового аппарата.
18. Диспансерное наблюдение профессионалов голоса.
19. Диспансерное наблюдение больных с функциональными дисфониями.
20. Диспансерное наблюдение больных с органическими дисфониями.
21. Экспертиза трудоспособности профессионалов голоса.
22. Методы исследования голосового аппарата
23. Заболевания голосового аппарата при патологии ЛОР - органов
24. Заболевания голосового аппарата при патологии внутренних органов
25. Физио- и аэрозольтерапия в фониатрии
26. Диспансерное наблюдение и экспертиза трудоспособности профессионалов голоса
27. Структурные особенности и функции гортани.
28. Теории голосообразования.
29. Гортань — гормонально зависимый орган
30. Гигиена голоса

Тестовые задания с эталонами ответов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10)

1. Что не относится к субъективным методам исследования слуха
А) Шепотная и разговорная речь
Б) Пороговая тональная аудиометрия
В) Речевая аудиометрия
Г) Ультразвуковое исследование слуха
Д) Импедансометрия +
2. При токсических поражениях внутреннего уха слух обычно снижается на
А) Одно ухо
Б) Оба уха +
3. Сохраняется ли слух при obturации слухового прохода
А) Не сохраняется
Б) Сохраняется, но острота слуха снижена более чем на 60 дБ
В) Сохраняется, но острота слуха снижена более чем на 40 дБ +
Г) Сохраняется, но острота слуха снижена более чем на 20 дБ
4. Характерен ли неприятный запах гноя при остром среднем отите
а) Да
б) Нет +
в) По-разному
5. Воспаление среднего уха может быть следствием
А) Острого ринита
Б) Острого синусита
В) Аденоидита
Г) Острого тонзиллита
Д) Всего выше перечисленного +
6. В первом периоде При остром среднем отите латерализация звука при костном звукопроведении наблюдается
А) В сторону здорового уха
Б) В сторону больного уха +

- В) Нет латерализации звука
7. Парацентез барабанной перепонки обычно производят в
- А) Переднее-верхнем квадранте
 - Б) Переднее-нижнем квадранте
 - В) Заднее-нижнем квадранте +
 - Г) Задне-верхнем квадранте
8. Из нижеперечисленных симптомов исключите не характерный симптом для хронического гнойного мезотимпанита – периодическое или постоянное гноетечение из уха, перфорация барабанной перепонки, гнойное отделяемое с запахом, слизистогнойное отделяемое без запаха, снижение слуха.
- А) Периодическое или постоянное гноетечение из уха
 - Б) Перфорация барабанной перепонки
 - В) Гнойное отделяемое с запахом +
 - Г) Слизисто-гнойное отделяемое без запаха
 - Д) Снижение слуха
9. Успех лечения хронического гнойного мезотимпанита во многом зависит от нормализации носового дыхания
- А) Правильно +
 - Б) Неправильно
10. Фистульный симптом, характерный для ограниченного лабиринтита, заключается в том, что спонтанный вестибулярный нистагм появляется при сгущении и разрежении воздуха в наружном слуховом проходе
- А) Правильно +
 - Б) Неправильно
11. Нарушение функционирования звуковоспринимающего аппарата соответствует поражению:
- А) Спирального органа +
 - Б) Слухового нерва
 - В) Ядер слухового пути
12. Рак среднего уха является довольно редким заболеванием:
- А) Правильно +
 - Б) Неправильно
13. Щелевидное прободение барабанной перепонки при остром среднем отите локализуется чаще в
- А) Переднее-верхнем квадранте
 - Б) Переднее-нижнем квадранте +
 - В) Заднее-верхнем квадранте
 - Г) Заднее-нижнем квадранте
14. С помощью какого опыта камертонами проводится сравнительная оценка слуховой чувствительности при воздушном и костном звукопроведении
- А) Опыт Ринне +
 - Б) Опыт Желле
 - В) Опыт Швабаха
 - Г) Опыт Вебера
15. Одновременное исследование слуховой чувствительности здорового и больного уха при костном звукопроведении проводится в опыте:
- А) Швабаха
 - Б) Вебера +
 - В) Ринне
 - Г) Федеричи
16. Исследование изменений интенсивности костнопроведенного звука при выслушивании камертона с сосцевидного отростка и проведении последовательно разрежений и сгущений столба воздуха в наружном слуховом проходе выполняется в опыте
- А) Федеричи
 - Б) Швабаха
 - В) Желле +
 - Г) Ринне
17. При исследовании проходимости слуховой трубы выделяют:
- А) Две степени
 - Б) Три степени
 - В) Пять степеней +
 - Г) Семь степеней
18. Характерным симптомом серной пробки является
- А) Боль в ухе
 - Б) Головокружение
 - В) Внезапный шум в ухе
 - Г) Внезапное понижение слуха +
19. Характерной перфорацией барабанной перепонки при хроническом гнойном среднем отите – мезотимпаните

является:

- А) Щелевидная
- Б) Ободковая +
- В) Краевая

20. признаками острого гнойного среднего отита во II стадии являются:

- А) Втянутость барабанной перепонки и укорочение светового конуса
- Б) Тусклый цвет и рубцовые изменения барабанной перепонки
- В) Слизисто-гнойные выделения и гиперемия барабанной перепонки +
- Г) Грануляция в просвете наружного слухового прохода

Ситуационные задачи с эталонами ответов

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

Ситуационная задача № 1

Больной жалуется на кашель, осиплость, повышение температуры, которые появились после того, как два дня тому назад выпил холодного пива. Объективно: состояние удовлетворительное, температура 37,5С. В полостях носа и глотки воспалительных изменений нет. Ларингоскопия: слизистая оболочка гортани гиперемирована. Голосовые складки розовые, несколько инфильтрированы, подвижны, голосовая щель достаточно широка для дыхания. Остальные ЛОР - органы без видимой патологии.

Каков диагноз? Как лечить больного?

Ответ: Острый ларингит. Ингаляции антибиотиков, кортикостероидов, эфирных масел, сосудосуживающих средств. Муколитик. Голосовой покой.

Ситуационная задача №2

У трехлетнего ребенка во сне неожиданно начался лающий кашель, дыхание стало шумным. В акте дыхания участвовала вся вспомогательная мускулатура, губы посинели, ребенку явно не хватает воздуха, он беспокоен, покрылся холодным потом. Голос остается звучным, температура тела незначительно повышена. Приступ удушья возник на фоне полного благополучия.

Каков диагноз? Какую помощь следует оказать больному?

Ответ: Острый стенозирующий ларинготрахеит. Отвлекающие процедуры, ингаляции с кортикостероидами, сосудосуживающие средства, гипосенсибилизирующие медикаменты внутримышечно, в тяжелых случаях – кортикостероиды системно.

Ситуационная задача № 3

Больной жалуется на утомляемость и слабость голоса. Во время респираторных заболеваний появляется затруднение дыхания. Эти симптомы возникли после того, как два года тому назад была произведена операция по поводу узлового зоба. Объективно: состояние больного удовлетворительное. В полостях носа и глотки патологические изменения не определяются. Ларингоскопия: слизистая оболочка розовая, голосовые складки белые, левая при фонации и дыхании не подвижна и находится в положении, близком к средней линии. Правая голосовая складка активно движется, за счет чего голосовая щель достаточно широка в момент дыхания.

Каков диагноз?

Ответ: Левосторонний паралич гортани вследствие пересечение возвратного нерва.

Ситуационная задача № 4

Больной 47 лет жалуется на охриплость, которая беспокоит около полугода. Считал, что это связано с курением, однако после того, как бросил курить три месяца назад, осиплость не прошла. Объективно: в полости глотки патологических изменений не определяется. Ларингоскопия: определяется бугристый инфильтрат на правой голосовой складке, подвижность складки заметно ограничена. Голосовая щель достаточно широка для дыхания. В подголосовом пространстве изменения не определяются. Со стороны ЛОР- и других органов патологии не выявлено.

Какой предполагаемый диагноз? Какие дополнительные обследования необходимы? Как лечить больного ?

Ответ: Новообразование гортани. Компьютерная томография гортани. Биопсия. Ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов. Лечение комбинированное (хирургическое, лучевое).

Ситуационная задача № 5

Больной 45 лет жалуется на охриплость в течение последних двух месяцев. Боли при глотании отсутствуют. Курс противовоспалительного лечения (ингаляции, полоскания, внутригортанные вливания антибиотиков), проведенный в течение двух недель, эффекта не дал. Ларингоскопия: по свободному краю передних двух третей гиперемированной левой голосовой складки располагается мелкобугристое образование на широком основании. Небольшое ограничение подвижности левой половины гортани. Правая половина гортани не изменена. Голосовая щель достаточна для дыхания. Регионарные лимфатические узлы без особенностей.

Каков предполагаемый диагноз? Каковы дополнительные методы исследования?

Ответ: Рак гортани. Компьютерная томография гортани. Биопсия. Ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов. Рентгенограмма грудной клетки.

Ситуационная задача № 6

Больной 63 лет обратился к оториноларингологу с жалобами на затруднение дыхания, боль в горле при глотании, першение в глотке. Болен около пяти лет. Вначале першение и боли в горле были периодическими. В последние три месяца присоединились затруднение дыхания и боль в горле при глотании с иррадиацией в левое ухо. Объективно: в гортани – бугристое образование, занимающее левую желудочковую и голосовую складки с переходом через переднюю комиссуру на правую голосовую складку. Левая половина гортани резко ограничена в подвижности, черпалонадгортанная складка отечна. Голосовая щель значительно сужена. При ходьбе появляется одышка, отмечается втяжение надключичных и яремных ямок. Регионарные лимфатические узлы шеи не увеличены.

Предполагаемый диагноз? Какие необходимы исследования?

Ответ: Новообразование гортани. Компьютерная томография гортани. Биопсия. Ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов. Рентгенограмма грудной клетки.

Ситуационная задача № 7

Ребенок 4 лет заболел внезапно. Среди полного благополучия развилось резкое затруднение дыхания (инспираторная одышка) и глотания. Дыхание шумное, свистящее. Тембр голоса стал сухим. Температура повысилась до 40С. Глотание безболезненное, обильная саливация. В анализе крови: лейкоциты 9,8 9/л, нейтрофильный сдвиг влево, относительная лимфоцитопения. В анализе мочи – следы белка. Произведена непрямая ларингоскопия: резко увеличенный в размерах, отечный, ярко-красный надгортанник, закрывающий вход в гортань. Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Ответ: Абсцесс надгортанника. Госпитализация. Вскрытие абсцесса. Интенсивное антибактериальное, дегидратационное, дезинтоксикационное лечение.

Ситуационная задача № 8

Ребенок 4 лет два дня не посещал детский сад в связи с острым респираторно-вирусным заболеванием. Ночью внезапно проснулся, беспокоен, мечется дыхание шумное, выражена инспираторная одышка, голос звучный. Непрямую ларингоскопию произвести в приемном покое детской больницы, куда доставили ребенка, не удастся.

Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Ответ: Острый стенозирующий ларинготрахеит. Дегидратация, дезинтоксикация, антибактериальное лечение, антигистаминные препараты. Наблюдение.

Ситуационная задача № 9

Женщина 55 лет, педагог с 33-летним стажем, обратилась к врачу по поводу прогрессирующей в течение полугода охриплости. При осмотре гортани на границе между передней и средней третью голосовых складок выявлены симметрично расположенные образования белесоватого цвета диаметром около 1 мм.

Вопросы:

Какой диагноз можно поставить?

Этиология заболевания.

Наметьте план лечения.

Методы профилактики рецидивов.

Ответ: Певческие узелки. Повышенные голосовые нагрузки. Хирургическое лечение (поэтапное): эндоларингиальное удаление певческих узелков. Ограничение голосовых нагрузок, возможна смена профессии.

Ситуационная задача № 10

К оториноларингологу обратился мужчина 40 лет, курильщик с 20-летним стажем, с жалобами на охриплость в течение 3 мес. При осмотре выявлено образование бугристого характера в средней трети левой голосовой складки.

Просвет гортани для дыхания остается достаточным.

Вопросы:

Каков предварительный диагноз?

На чем основан окончательный диагноз?

Наметьте план лечения.

Прогноз.

Ответ: Новообразование левой голосовой складки. Биопсия с патогистологическим исследованием. При получении морфологического исследования, подтверждающего доброкачественный процесс показана эндоларингеальное удаление опухоли. При получении морфологического исследования, подтверждающего злокачественный процесс, показана консультация и лечение в онкодиспансере. Прогноз для жизни при доброкачественной опухоли благоприятный; при злокачественном процессе - сомнительный.

Ситуационная задача № 11

Больная 40 лет после операции по поводу узлового зоба стала отмечать одышку изменение голоса. При осмотре воспалительных изменений в гортани не выявлено, во время фонации правая голосовая складка неподвижна.

Вопросы:

Какой диагноз можно поставить?

Проведите дифференциальную диагностику с острым ларингитом.

Наметьте план обследования.

Наметьте план лечения.

Ответ: Послеоперационный парез гортани. Ларингоскопический при парезе гортани отсутствуют явления воспаления. Лечение поэтапное: стимулирующая терапия. Неэффективности показана пластическая операция на гортани.

Ситуационная задача № 12

На консультацию направлен мальчик 14 лет из музыкальной школы с жалобами на «беспричинную» охриплость голоса после пения, внезапную афонию во время пения.

Объективно: Общее состояние больного удовлетворительное. Дыхание через естественные дыхательные пути свободное. Голос звонкий.

Передняя риноскопия: носовое дыхание свободно. Слизистая оболочка полости носа розовая, чистая. Носовые ходы свободны. С-образное искривление носовой перегородки вправо.

Задняя риноскопия: Носоглотка свободна. Слизистая оболочка видимых отделов глотки и полости носа розовая, чистая. Устья слуховых труб свободны.

Фарингоскопия: Слизистая глотки розовая, чистая. Небные миндалины II степени, розовые, чистые.

Непрямая ларингоскопия: Слизистая оболочка гортани розовая, чистая. Истинные голосовые складки серого цвета, подвижность сохранена в полном объеме. При фонации смыкание полное.

Анализ крови: гемоглобин - 113 г/л, эритроциты $-4,8 \times 10^{12}/л$, лейкоциты $6,8 \times 10^9/л$, СОЭ 5 мм/час.

Задание:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Определите врачебную тактику.
3. Сформулируйте рекомендации по голосовому режиму, питанию, лечению.

Ситуационная задача № 13

Больной 50 лет жалуется на охриплость. В течение 30 лет курит по 2 пачки сигарет в день. Охриплость возникает периодически на протяжении последних 7 лет. Слизистая оболочка гортани умеренно гиперемирована. Симметричная гипертрофия вестибулярных и голосовых складок с обеих сторон; в межчерпаловидном пространстве - поперечный валик с неровным краем, выступающий в просвет гортани.

Вопросы:

1. Какой диагноз Вы выставите данному пациенту?
2. Какое лечение необходимо ему назначить?

Ситуационная задача № 14

У больного охриплость. При ларингоскопии определяется нарушение подвижности левой голосовой складки. Голосовая щель сужена, но достаточна для дыхания. Вопросы:

1. Возможная причина такого состояния?
2. План обследования больного?

Ситуационная задача № 15

У больной 50 лет жалобы на затруднение дыхания при малейшей физической нагрузке, одышку, охриплость. Подобное состояние наблюдается в течение года после перенесенной операции на щитовидной железе в связи с узловатым токсическим зобом. Тогда же больной предлагалась трахеостомия, от которой она отказалась. Имеется поперечный рубец на шее. Сужение просвета гортани за счет выраженного ограничения подвижности обеих голосовых складок. Слизистая оболочка их не изменена. Голосовая щель 5 мм.

Вопросы:

1. Ваш диагноз?
2. Врачебная тактика?

Раздел 17. Профессиональные заболевания ЛОР-органов.

Контрольные вопросы

(проверяемые компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Раннее выявление заболеваний верхних дыхательных путей и уха у рабочих, служащих и инженерно-технического состава промышленного предприятия путем проведения периодических медицинских осмотров.
2. Своевременное оказание квалифицированной медицинской помощи амбулаторным больным, работающим на промышленном предприятии.
3. Проведение динамического наблюдения больных до их полного выздоровления или госпитализации.
4. Проведение диспансерного наблюдения работников предприятия.
5. Проведение отбора и направление больных на лечение в ЛОР стационар данной медсанчасти и в

- специализированные клиники.
6. Анализ заболеваемости среди работающих.
 7. Проведение профессионального отбора лиц, поступающих на работу на промышленное предприятие. Принципы, организация.
 8. Организация и проведение профилактических мероприятий, направленных на снижение заболеваемости среди работающих.
 9. Влиянием профессиональных вредностей на возникновение и обострение заболеваний верхних дыхательных путей и уха
 10. Правилами оформления медицинской документации при выявлении профессионального заболевания
 11. Роль некоторых производственных вредностей (перепады температуры и влажности, сквозняки) в обострении хронических гнойных средних отитов.
 12. Факторы, способствующие возникновению, прогрессированию и обострению невоспалительных заболеваний уха: резкие перепады атмосферного давления, приводящие иногда к кровоизлиянию в барабанную полость и, в редких случаях, к разрыву барабанной перепонки
 13. Повышенное давление в кессонах и его роль в возникновении, прогрессировании невоспалительных заболеваний уха:
 14. Шум, вибрация и их роль в развитии сенсоневральной тугоухости
 15. Промышленные интоксикации и их значение в развитии сенсоневральной тугоухости
 16. Работы, связанные с промышленными ядами нейротропного действия (свинец, ртуть, мышьяк, фосфор, серебро, анилин и др.): Противопоказания для больных с ЛОР патологией
 17. работы в условиях интенсивного шума и выраженной вибрации. Противопоказания для больных с ЛОР патологией.
 18. Противопоказания для больных с ЛОР патологией при вождении видов транспорта
 19. Работы, не рекомендованные для больных, страдающими вестибулярными расстройствами
 20. Профессиональный отбор, трудоустройство и экспертиза больных, страдающих хроническими заболеваниями носа и его придаточных пазух

Тестовые задания с эталонами ответов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10)

1. При установлении диагноза профессиональных заболеваний органов дыхания учитывается:

Выберите один или несколько ответов:

- a.Отсутствие вредных привычек, в том числе, курения
- b.Данные санитарно-гигиенической характеристики условий труда
- c.Патология опорно-двигательного аппарата
- d.Патология полости рта
- e.Отсутствие хронических заболеваний верхних дыхательных путей

2. Документ, определяющий виды медицинских осмотров:

Выберите один ответ:

- a. Приказ МЗСР РФ № 90
- b. Закон РФ № 323
- c.Приказ Роспотребнадзора № 402
- d.Закон РФ № 3185-1
- e. Приказ МЗСР РФ № 302н

3. Специалист кабинета профпатологии осуществляет:

Выберите один или несколько ответов:

- a.Предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры, а также проведение экспертизы профпригодности
- b.Санитарно-просветительскую работу среди прикрепленного населения
- c.Направление больных в отделение профпатологии
- d.Установление заключительного диагноза профессионального заболевания
- e.Учет больных с профессиональными заболеваниями и (или) профессиональными отравлениями

4. Восстановительное лечение больных, ранее пострадавших от острых профессиональных заболеваний, проводится в:

Выберите один ответ:

- a.Специализированных центрах Федерального медико-биологического агентства
- b.Амбулаторно-поликлинической медицинской организации по месту жительства или пребывания
- c.НИИ скорой помощи
- d.Ближайшей медицинской организации, специализирующейся на лечении патологии данного профиля

е. Центре профпатологии

5. Профпатологический кабинет создается в:

Выберите один ответ:

- а. Центрах профпатологии, проводящих предварительные и периодические медицинские осмотры и проводящих экспертизу связи заболевания с профессией
- б. Реабилитационных центрах Федерального медико-биологического агентства
- в. Медицинской организации, имеющей лицензию на оказание медицинской помощи, включая работы и услуги по специальностям "экспертиза профпригодности" и "медицинские осмотры (предварительные, периодические)"
- г. Региональных отделений Фонда социального страхования
- е. Учреждениях Роспотребнадзора

6. В каком случае применяется обеспечение по страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний?

Выберите один или несколько ответов:

- а. Травмы в трудоспособном возрасте
- б. Общего заболевания, возникшего в период работы
- в. Любого профессионального заболевания
- г. Профессионального заболевания, если определена степень утраты профессиональной трудоспособности
- е. Общего заболевания, возникшего на производстве

7. Виды обеспечения по страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

Выберите один ответ:

- а. Оплата немедикаментозного лечения (массаж, иглотерапия) профессионального заболевания вне санатория
- б. Предоставление средств на бесплатный проезд в городском транспорте
- в. Выплата денежных сумм, эквивалентных пенсии по возрасту, больному, пострадавшему от профессионального заболевания в трудоспособном возрасте
- г. Оплата санаторно-курортного лечения профессионально обусловленного заболевания
- е. Оплата санаторно-курортного лечения профессионального заболевания

8. Функциями бюро МСЭ является:

Выберите один ответ:

- а. Определение степени утраты профессиональной трудоспособности
- б. Обеспечение путевкой в санаторий
- в. Разработка рекомендаций по улучшению бытовых условий
- г. Определение нуждаемости в бесплатном проезде в городском транспорте
- е. Вынесение рекомендаций по тактике медикаментозного лечения профессионального заболевания

90. Для определения степени утраты профессиональной трудоспособности и группы инвалидности необходимо:

Выберите один ответ:

- а. Направление от работодателя или суда
- б. Личный листок по учету кадров
- в. Удостоверение о присвоении квалификационного разряда
- г. Автобиография
- е. Направление на бюро МСЭ от медицинской организации

10. Обязательность проведения предварительных и периодических медицинских осмотров, работающих во вредных и опасных условиях труда, регламентируется:

Выберите один ответ:

- а. Конституцией РФ
- б. Трудовым кодексом РФ
- в. Уголовным кодексом РФ
- г. Распоряжением органов местного самоуправления
- е. Административным кодексом РФ

11. Диагноз профессионального заболевания устанавливает:

Выберите один ответ:

- а. Центр гигиены и эпидемиологии
- б. Лечащий врач
- в. Врачебная комиссия медико-санитарной части по месту работы
- г. ФСС
- е. Профцентр

12. После прекращения работы во вредных условиях труда, профессиональными заболеваниями могут быть признаны:

Выберите один или несколько ответов:

- a.Онкологические заболевания
- b.Бронхиальная астма
- c.Вибрационная болезнь
- d.Энцефалопатия
- e.Силикоз

13. Отменить ранее установленный диагноз профессионального заболевания имеет право:

Выберите один или несколько ответов:

- a.Фонд социального страхования
- b.Суд
- c.Бюро МСЭ
- d.Роспотребнадзор
- e.Профцентр

14. Учреждения, имеющие право устанавливать диагноз острого профессионального заболевания:

Выберите один или несколько ответов:

- a.Профцентры
- b.Клиники профессиональной патологии
- c.Медицинские организации, имеющие лицензию на проведение экспертизы связи заболевания с профессией
- d.Общесоматические отделения городских, областных больниц
- e.Кафедры профессиональных болезней

15. При подозрении у работника острого профессионального заболевания учреждение здравоохранения направляет экстренное извещение о профзаболевании в течение:

Выберите один ответ:

- a.2-х дней - в территориальный орган Роспотребнадзора
- b.1 суток - в территориальный орган Роспотребнадзора
- c.1 недели - работодателю
- d.1 суток - в поликлинику по месту жительства больного
- e.1 суток - работодателю

16. При получении извещения об установлении диагноза острого профессионального заболевания Роспотребнадзор информирует:

Выберите один ответ:

- a.Независимый профсоюз
- b.Поликлинику по месту жительства больного Т
- c.Работодателя
- d.Страховщика
- e.Территориального инспектора по труду

17. Физико-химические свойства хлора:

Выберите один или несколько ответов:

- a.Специфический резкий запах
- b.Жидкость белого цвета
- c.Не растворим в воде
- d.Зеленовато-желтоватый газ
- e.Легче воздуха в 2,5 раза

18. Первая помощь при острой интоксикацией хлором I стадии:

Выберите один ответ:

- a.Антибактериальная терапия
- b.Введение антидота
- c.Энтеросорбция
- d.Гипотензивная терапия
- e.Прекращение поступления хлора в организм

19. Действие хлора на слизистые оболочки:

Выберите один ответ:

- a. Вызывает приятные ощущения
- b.Химический ожог

- c. Не оказывает никакого действия
- d. Сенсибилизирующее
- e. Наркотическое действие

20. Какое чувство «теряется» при контакте с высокими концентрациями сероводорода:

Выберите один ответ:

- a. Слух
- b. Зрение
- c. Тактильное чувство
- d. Вкус
- e. Обоняние

21. Клинические проявления, типичные для длительного воздействия бензола:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Гипертензия
- b. Бронхоспазм
- c. Лейкопения, тромбоцитопения
- d. Носовые кровотечения
- e. Анемия

22. Бензол используется как:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Горючая жидкость
- b. Средство для дезинфекции
- c. Растворитель красок, лаков
- d. Пестицид
- e. Сырье для производства синтетических материалов

23. Жалобы неврологического характера при воздействии шума:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Нарушение зрения
- b. Повышенная раздражительность
- c. Шум в голове в конце смены
- d. Головокружение при перемене положения тела
- e. Головная боль

24. Критерии диагноза профессиональной сенсоневральной тугоухости:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Длительный стаж работы в условиях интенсивного шума
- b. Постепенное развитие
- c. Двустороннее поражение
- d. Отсутствие видимых нарушений наружного уха
- e. Изменения в барабанной перепонке

25. Экспертное решение у моториста-испытателя с профессиональной нейросенсорной тугоухостью со значительной степенью снижения слуха:

Выберите один ответ:

- a. Продолжение работы по специальности
- b. Рациональное трудоустройство и направление на МСЭ
- c. Увольнение по профнепригодности
- d. Лечение в санатории и продолжение работы по специальности
- e. Стационарное лечение и продолжение работы по специальности

26. Для воздействия производственного шума характерно развитие экстраауральных эффектов:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Галлюцинаторно-бредовой синдром
- b. Кардиологический
- c. Диспептический синдром
- d. Вегетативная дисфункция
- e. Шумовые эффекты внутреннего уха

27. Профессия, опасная в отношении воздействия производственного шума:

Выберите несколько ответов:

- a. Оператор видеотерминала
- b. Летчик
- c. Токарь
- d. Обрубщик
- e. Водитель трамвая

28. Для профессиональной нейросенсорной тугоухости характерно снижение слуха на частотах:
Выберите один ответ:

- a. Низких и средних
- b. Высоких
- c. Низких
- d. Средних
- e. На всех

29. Что такое ультразвук:

Выберите один ответ:

- a. Звук с частотой выше 20 000 Гц
- b. Звук с частотой ниже 16-20 Гц
- c. Любой звук слабой интенсивности
- d. Звук в условиях производственного перегрева
- e. Звук в сочетании с воздействием ультрафиолетового излучения

30. Что такое инфразвук:

Выберите один ответ:

- a. Звук в условиях производственного перегрева
- b. Звук в сочетании с воздействием инфракрасного излучения
- c. Звук с частотой выше 16-20 Гц
- d. Любой звук слабой интенсивности
- e. Звук с частотой ниже 16-20 Гц

31. Развитие профессиональных заболеваний верхних дыхательных путей вызывают:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Неблагоприятные метеороусловия
- b. Частые ОРВИ
- c. Токсические вещества
- d. Нервно-психические нагрузки
- e. Курение

32. При диагностике профессиональных заболеваний верхних дыхательных путей учитывается:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Патология полости рта
- b. Отсутствие вредных привычек
- c. Отсутствие хронических заболеваний верхних дыхательных путей до поступления на работу
- d. Отиты в анамнезе
- e. Данные санитарно-гигиенической характеристики условий труда

33. Какие наиболее частые заболевания носа и околоносовых пазух встречаются у лиц речеголосовых профессий:

1. острые и хронические риниты, вазомоторный ринит;
2. хронические этмоидиты, хронический сфеноидит;
3. хронические сфеноидиты, хронические фронтиты;
4. искривление носовой перегородки, хронический этмоидит.

34. Назовите основные жалобы у лиц речеголосовых профессий при заболеваниях носа и околоносовых пазух:

1. ухудшение голоса в виде понижения звучности и полетности голоса, появление гнусавых оттенков и матовости звука;
2. появление в голосе некрасивых оттенков, саливация, мутация;
3. затрудненное дыхание, ухудшение голоса, кашель;
4. саливация, понижение звучности и полетности голоса.

35. Перечислите причины острого профессионального ларингита:

1. перенапряжение голоса у лиц речеголосовых профессий, неправильная манера голосообразования;
2. вирусно-бактериальная инфекция;
3. нарушение питания;

4. грибковая инфекция, ожирение.

36. Какие ингаляции наиболее эффективны для лечения профессиональных заболеваний верхних дыхательных путей?

1. мелкодисперсные;
2. крупнодисперсные.
3. паровые
4. масляные

37. Наиболее частая локализация воспалительных изменений при профессиональном ларингите:

1. надскладочное пространство;
2. голосовые складки;
3. подскладочное пространство;
4. тотальное воспаление гортани.

38. Причины возникновения профессионального ларингита у работников речевых профессий:

1. инфекционно-аллергическая природа;
2. перенапряжение голоса;
3. неправильная манера голосообразования.

39. Певческие узелки клинически проявляются:

1. болевыми ощущениями;
2. приступообразным кашлем;
3. стойкой дисфонией;
4. клинически не проявляется.

40. На какой срок может быть выдан листок нетрудоспособности лицам с заболеванием гортани, чья профессия связана с перенапряжением голосового аппарата?

1. до 2-х недель;
2. до одного месяца;
3. до 2-х месяцев.

Раздел 18. Междисциплинарные вопросы при заболеваниях головы и шеи: неврология, стоматология, челюстно-лицевая хирургия, офтальмология в практике врача-оториноларинголога.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Междисциплинарный подход к лечению пролиферативных состояний и новообразований средней зоны лица.
2. Смежные вопросы терапии и хирургии заболеваний носослезных путей.
3. Риногенные орбитальные осложнения.
4. Взаимодействие оториноларинголога и офтальмолога при экзофтальме. Особенности орбитальных осложнений при различной патологии околоносовых пазух.
5. Дифференциальная диагностика заболеваний органа слуха и вестибулярного анализатора при патологии уха и патологии центральной нервной системы.
6. Патология зубочелюстной системы как причина острых и хронических риносинуситов.
7. Одонтогенные синуситы и кисты верхнечелюстных и лобных пазух.
8. Посттравматические деформации средней зоны лица.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «**Оториноларингология**»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ДИСЦИПЛИНЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ
4	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
4.1	Методические рекомендации для обучающихся при освоении дисциплины Оториноларингология
4.2	Методические рекомендации по самостоятельной работе
4.3	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция - в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;

- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.

- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;

- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);

- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловые вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемым, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь со смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию, формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как теоретика

и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы».

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность «среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать ряд особенных, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую

характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять, на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции, следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общая закономерность и на ее основе подлежат анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разного рода тезисными записями и планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению

лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучаемых.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

- рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;
- методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

- Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

- заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;
- досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;
- самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, самостоятельности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой обучающимся к

данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общих и профессиональных компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

– репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

– активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

– интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

– разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

– максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

– использование бланков документов, инструктивных материалов;

– наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ДИСЦИПЛИНЫ ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Важнейшим критерием качества и задачей образовательного процесса в настоящее время является повышение его практико-ориентированности, т.е. формирование у ординаторов умения применять полученные знания в профессиональной деятельности. Это может достигаться использованием в учебном процессе одной из форм активных методов обучения – метода проблемных ситуационных задач. Анализ конкретных ситуаций - один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

Данная педагогическая технология в совокупности с другими методами обучения помогает сформировать как профессиональные, так и социально личностные компетенции, необходимые для будущей успешной профессиональной деятельности их как специалистов. Использование в учебном процессе ситуационных задач формируют у ординаторов интегрированные умения и навыки, обеспечивают осознанное и более прочное усвоение изучаемых дисциплин.

Ситуационная задача - методический прием, включающий совокупность условий, направленных на решение практически значимой ситуации. С содержательной стороны, ситуационная задача представляет собой задание, описывающее ситуацию, из которой нужно найти выход, или ее исправить.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информацию, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Это обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Цель ситуационных задач - формирование компетенций обучающихся путем овладения и углубления знаний, формирования практических и профессиональных умений, проверка сформированности профессиональных и других компетенций.

Источники содержания. Источником содержания ситуационных задач по оториноларингологии являются:

- практические ситуации, возникающие в процессе профессиональной медицинской деятельности (выписки из реальной истории болезни пациента медицинских учреждений);
- научные исследования, на основании которых создаются исследовательские ситуации (задачи), направленные на обучение навыкам научно-исследовательской деятельности посредством использования метода моделирования. Материалы к таким ситуационным задачам можно получить посредством анализа научных публикаций, монографий, сборников научных трудов. Применяются как метод продвинутого обучения, усложненные задачи (2-й уровень сложности).

Ситуационная задача представляет собой эпикриз истории болезни (реальной или придуманной, составленной преподавателем), включающей жалобы пациента, данные анамнеза, данные объективного обследования ЛОР органов, данные лабораторно-инструментальных методов обследования (результаты клинических анализов крови, мочи, биохимического анализа крови, рентгенологических методов исследования, аудиометрии и др.)

В ситуационной задаче должна освещаться (содержаться) проблема, требующая применения умений и навыков, полученных при изучении дисциплины Оториноларингология.

Ситуационные задачи могут быть разных уровней сложности. В задачах 1-го уровня сложности описываются типичные ситуации из практики оториноларинголога, в которых ординаторы должны увидеть типичное, уметь анализировать и разрешать проблему посредством применения аналогии, подобрать известные и стандартные алгоритмы действия.

В задачах 2-го уровня сложности (или продвинутого уровня обучения и т.д.) описываются нетипичные ситуации, в которых создается более сложная проблемная ситуация, требующая проявить способность самостоятельно комбинировать известные способы деятельности в новой ситуации, увидеть возможные пути решения данной проблемы, предложить оптимальный вариант разрешения проблемы, построить принципиально новый способ решения проблемы. В ситуационных задачах этого уровня могут использоваться и заблуждения, которые будут создавать препятствия обучающимся при поиске решения. Важно, чтобы в процессе анализа ситуации эти заблуждения обязательно были выявлены и раскрыты.

На учебных занятиях могут применяться следующие виды ситуаций:

- Ситуация-проблема - представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или пройти к выводу о его невозможности.
- Ситуация-оценка - описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Ординаторы проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.
- Ситуация-иллюстрация - поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.
- Ситуация-упражнение - предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобрести опыт.

Принципы составления ситуационных задач:

- ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;
- для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;
- ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы оториноларинголога;
- ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;
- проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;
- решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

Структура ситуационной задачи. Задача включает в себя:

- 1) ситуацию (клинический случай, проблема, история из реальной жизни или «искусственная» ситуация);
- 2) информацию по данной ситуации, представленную в разнообразном виде (клинические, лабораторные и инструментальные исследования и пр., схемы, диаграммы, таблицы, графики, статистические данные и т.д.);
- 3) вопросы или задания.

Вопросы и задания. В зависимости от поставленной цели и уровня сложности ситуационные задачи могут быть разными по количеству вопросов. Вопросы должны способствовать выявлению:

- конкретных знаний по учебной дисциплине;

- умения интерпретировать имеющуюся информацию (расшифровывать и оценивать результаты обследования пациента, проводить анализ различных лабораторных, инструментальных исследований и т.п.);
- умения добывать недостающую информацию (определять показания к дополнительным методом диагностики, объем необходимых и достаточных для верификации диагноза исследований, указать лишние и т.п.);
- умения сформулировать и обосновать диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить лечение, рекомендовать профилактические мероприятия.

Вопросы могут составляться так, чтобы давать ординатору не только возможность применять полученные знания по данной учебной дисциплине, продемонстрировать умения, но и показать теоретические знания в области фундаментальных и других клинических дисциплин, а также владение нормами медицинской (врачебной) этики и деонтологии, умение ориентироваться в вопросах медико-социальных проблем.

Варианты решения ситуационных задач:

- решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;
- предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один - правильный;
- предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;
- предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;
- предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессионально деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающиеся заранее изучили ситуацию.
2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации для обучающихся при освоении дисциплины Оториноларингология

Система обучения в ординатуре основывается на рациональном сочетании нескольких видов учебных занятий (в первую очередь, лекций и практических занятий), работа на которых обладает определенной спецификой, а также производственной практики

Рекомендации по работе с литературой

Работу с литературой целесообразно начать с изучения общих работ по теме, а также учебников и учебных пособий. Далее рекомендуется перейти к анализу монографий и статей, рассматривающих отдельные аспекты проблем, изучаемых в рамках курса, а также официальных материалов и неопубликованных документов (научно-исследовательские работы, диссертации), в которых могут содержаться основные вопросы изучаемой проблемы.

Работу с источниками надо начинать с ознакомительного чтения, т.е. просмотреть текст, выделяя его структурные единицы. При ознакомительном чтении закладками отмечаются те страницы, которые требуют более внимательного изучения.

В зависимости от результатов ознакомительного чтения выбирается дальнейший способ работы с источником. Если для разрешения поставленной задачи требуется изучение некоторых фрагментов текста, то используется метод выборочного чтения. Если в книге нет подробного оглавления, следует обратить внимание ученика на предметные и именные указатели.

Избранные фрагменты или весь текст (если он целиком имеет отношение к теме) требуют вдумчивого, неторопливого чтения с «мысленной проработкой» материала. Такое чтение предполагает выделение: 1) главного в тексте; 2) основных аргументов; 3) выводов. Особое внимание следует обратить на то, вытекает тезис из аргументов или нет.

Необходимо также проанализировать, какие из утверждений автора носят проблематичный, гипотетический характер, и уловить скрытые вопросы.

Следующим этапом работы с литературными источниками является создание конспектов, фиксирующих основные тезисы и аргументы. Можно делать записи на отдельных листах, которые потом легко систематизировать по отдельным темам изучаемого курса. Другой способ – это ведение тематических тетрадей-конспектов по одной какой-либо теме. Большие специальные работы монографического характера целесообразно конспектировать в отдельных тетрадях. Здесь важно вспомнить, что конспекты пишутся на одной стороне листа, с полями и достаточным для исправления и ремарок межстрочным расстоянием (эти правила соблюдаются для удобства редактирования). Если в конспектах приводятся цитаты, то непременно должно быть дано указание на источник (автор, название, выходные данные, № страницы). Впоследствии эта информация может быть использована при написании текста реферата или другого задания.

Хорошо если конспект лекции дополняется собственными мыслями, суждениями, вопросами, возникающими в ходе чтения. Те вопросы, которые возникают у ординатора при чтении, не всегда целесообразно задавать сразу при их возникновении. Ординатор может попытаться ответить на них сам в процессе подготовки к семинарам либо обсудить их с преподавателем на консультации.

Рекомендации по подготовке к занятиям семинарского типа

Тщательное продумывание и изучение вопросов плана основывается на проработке материала лекции, а затем изучения обязательной и дополнительной литературы, рекомендованной к данной теме. Все новые понятия по изучаемой теме необходимо

выучить наизусть и внести в глоссарий, который целесообразно вести с самого начала изучения курса.

Результат такой работы должен проявиться в способности свободно ответить на теоретические вопросы практикума, выступить и участвовать в коллективном обсуждении вопросов изучаемой темы, правильно выполнять практические задания и контрольные работы.

В процессе подготовки к практическим занятиям и семинарам, необходимо обратить особое внимание на самостоятельное изучение рекомендованной литературы. При всей полноте конспектирования лекции в ней невозможно изложить весь материал из-за лимита аудиторных часов. Поэтому самостоятельная работа с учебниками, учебными пособиями, научной, справочной литературой, материалами периодических изданий и Интернета является наиболее эффективным методом получения дополнительных знаний, позволяет значительно активизировать процесс овладения информацией, способствует более глубокому усвоению изучаемого материала, формирует правильное отношение к конкретной проблеме.

Рекомендации по конспектированию лекций

Конспектирование лекций – сложный вид аудиторной работы, предполагающий интенсивную умственную деятельность обучающегося. Конспект является полезным тогда, когда записано самое существенное и сделано это самим обучающимся. Не надо стремиться записать дословно всю лекцию. Целесообразно вначале понять основную мысль, излагаемую лектором, а затем записать ее.

Работая над конспектом лекций, всегда необходимо использовать не только учебник, но и ту литературу, которую дополнительно рекомендовал лектор. Именно такая серьезная, кропотливая работа с лекционным материалом позволит глубоко овладеть теоретическим материалом.

Эффективность освоения ординаторами учебных дисциплин зависит от многих факторов, и, прежде всего, от работы на лекциях. На лекции может быть всесторонне рассмотрена как одна тема, соответствующая одному вопросу экзамена или зачета, так и несколько смежных тем. В последнем случае лекцию следует рассматривать как «путеводитель» по тому материалу, которым должен овладеть учащийся.

Для ответа на экзамене или зачете простого воспроизведения текста таких лекций недостаточно. Это не означает, что подобные лекции необязательны для конспектирования и усвоения. Правильно законспектированный лекционный материал позволяет студенту создать устойчивый фундамент для самостоятельной подготовки, дает возможность получить и закрепить полезную информацию. Именно на лекции создаются основы для эффективной и плодотворной работы с информацией, которая нужна студенту, как в профессиональной, так и в повседневной жизни.

Восприятие лекции и ее запись – это процесс постоянного сосредоточенного внимания, направленного на понимание рассуждений лектора, обдумывание полученных сведений, их оценку и сжатое изложение на бумаге в удобной для восприятия форме. То есть, самостоятельная работа студента на лекции заключается в осмыслении новой информации и краткой рациональной ее записи.

Правильно записанная лекция позволяет глубже усвоить материал, успешно подготовиться к семинарским занятиям, зачетам и экзаменам. Слушая лекцию, нужно из всего получаемого материала выбирать и записывать самое главное. Следует знать, что главные положения лекции преподаватель обычно выделяет интонацией или повторяет несколько раз. Именно поэтому предварительная подготовка к лекции позволит ординатору уловить тот момент, когда следует перейти к конспектированию, а когда можно просто внимательно слушать лекцию. Перед началом лекционного курса рекомендуется еще раз бегло просмотреть учебники или прежние конспекты по изучаемым предметам. Это станет

первичным знакомством с тем материалом, который прозвучит на лекции, а также создаст необходимый психологический настрой.

Чтобы правильно и быстро конспектировать лекцию важно учитывать, что способы подачи лекционного материала могут быть разными. Лектор может диктовать материал, рассказывать его, не давая ничего под запись, либо проводить занятие в форме диалога со студентами.

Эффективность конспектирования зависит от умения владеть правильной методикой записи лекции. Способы конспектирования у каждого человека индивидуальны. Однако существуют некоторые наиболее употребляемые и целесообразные приемы записи лекционного материала.

Запись лекции можно вести в виде тезисов – коротких, простых предложений, фиксирующих только основное содержание материала. Количество и краткость тезисов может определяться как преподавателем, так и ординатором. Естественно, что такая запись лекции требует впоследствии обращения к дополнительной литературе. На отдельные лекции приносить соответствующий материал на бумажных носителях, представленный лектором на портале или присланный на «электронный почтовый ящик группы» (таблицы, графики, схемы). Данный материал будет охарактеризован, прокомментирован, дополнен непосредственно на лекции. Кроме тезисов важно записывать примеры, доказательства, даты и цифры, имена. Значительно облегчают понимание лекции те схемы и графики, которые вычерчивает на доске преподаватель. По мере возможности ординаторы должны переносить их в тетрадь рядом с тем текстом, к которому эти схемы и графики относятся.

Важно и то, как будет расположен материал в лекции. Если запись тезисов ведется по всей строке, то целесообразно отделять их время от времени красной строкой или пропуском строки. Примеры же и дополнительные сведения можно смещать вправо или влево под тезисом, а также на поля. В тетради нужно выделять темы лекций, записывать рекомендуемую для самостоятельной подготовки литературу, внести фамилию, имя и отчество преподавателя. Наличие полей в тетради позволяет не только получить «ровный» текст, но и дает возможность при необходимости вставить важные дополнения и изменения в конспект лекции.

При составлении конспектов необходимо использовать основные навыки стенографии. Так в процессе совершенствования навыков конспектирования лекций важно выработать индивидуальную систему записи материала, научиться рационально сокращать слова и отдельные словосочетания.

Практика показывает, что не всегда ординатору удается успевать записывать слова лектора даже при использовании приемов сокращения слов. В этом случае допустимо обратиться к лектору с просьбой повторить сказанное. При обращении важно четко сформулировать просьбу, указать какой отрывок необходимо воспроизвести еще раз. Однако не всегда удобно прерывать ход лекции. В этом случае можно оставить пропуск, и после лекции устранить его при помощи конспекта соседа. Важно сделать это в короткий срок, пока свежа память о воспринятой на лекции информации.

Рекомендации по подготовке рефератов

Подготовка реферата имеет своей целью показать, что ординатор имеет необходимую теоретическую и практическую подготовку, умеет аналитически работать с научной литературой, систематизировать материалы и делать обоснованные выводы.

При выборе темы реферата необходимо исходить, прежде всего, из собственных научных интересов.

Реферат должен носить характер творческой самостоятельной работы.

Изложение материала не должно ограничиваться лишь описательным подходом к раскрытию выбранной темы, но также должно отражать авторскую аналитическую оценку состояния проблемы и собственную точку зрения на возможные варианты ее решения.

Ординатор, имеющий научные публикации может использовать их данные при анализе проблемы.

Реферат включает следующие разделы:

- введение (актуальность темы, цели и задачи исследования);
- содержание (состоит из 2-3 параграфов, в которых раскрывается суть проблемы, оценка описанных в литературе основных подходов к ее решению, изложение собственного взгляда на проблему и пути ее решения и т.д.);
- заключение (краткая формулировка основных выводов);
- список литературы, использованной в ходе работы над выбранной темой.

Требования к списку литературы:

Список литературы составляется в соответствии с правилами библиографического описания (источники должны быть перечислены в алфавитной последовательности - по первым буквам фамилий авторов или по названиям сборников; необходимо указать место издания, название издательства, год издания). При выполнении работы нужно обязательно использовать книги, статьи, сборники, материалы официальных сайтов

Интернет и др. ссылки на использованные источники, в том числе электронные - обязательны.

Объем работы 15-20 страниц (формат А4) печатного текста (шрифт № 14 Times New Roman, через 1,5 интервала, поля: верхнее и нижнее - 2 см, левое - 2,5 см, правое - 1,5 см).

Текст может быть иллюстрирован таблицами, графиками, диаграммами, причем наиболее ценными из них являются те, что самостоятельно составлены автором.

Рекомендации по подготовке презентации

Электронная презентация - электронный документ, представляющий собой набор слайдов, предназначенных для демонстрации проделанной работы.

Целью презентации является визуальное представление замысла автора, максимально удобное для восприятия.

Электронная презентация должна показать то, что трудно объяснить на словах.

Примерная схема презентации

- Титульный слайд (соответствует титульному листу работы);
- Цели и задачи работы;
- Основная часть;
- Выводы;
- Благодарности (выражается благодарность аудитории за внимание).

Общие требования к оформлению слайдов

1.Средний расчет времени, необходимого на презентацию ведется исходя из количества слайдов. Обычно на один слайд необходимо не более двух минут.

2.Необходимо использовать максимальное пространство экрана (слайда) - например, растянув рисунки.

3.Дизайн должен быть простым и лаконичным.

4.Каждый слайд должен иметь заголовок.

5.Оформление слайда не должно отвлекать внимание от его содержательной части.

6.Завершать презентацию следует кратким резюме, содержащим ее основные положения, важные данные, прозвучавшие в докладе, и т.д.

7.Оформление заголовков. Назначение заголовка - однозначное информирование аудитории о содержании слайда. В заголовке нужно указать основную мысль слайда. Все заголовки должны быть выполнены в едином стиле (цвет, шрифт, размер, начертание). Текст заголовков должен быть размером 24 - 36 пунктов. Точку в конце заголовков не ставить.

8.Содержание и расположение информационных блоков на слайде. Информационных блоков не должно быть слишком много (3-6). Рекомендуемый размер

одного информационного блока - не более 1/2 размера слайда. Рекомендуется присутствие на странице блоков с разнотипной информацией (текст, графики, диаграммы, таблицы, рисунки), дополняющей друг друга. Ключевые слова в информационном блоке необходимо выделить. Информационные блоки лучше располагать горизонтально, связанные по смыслу блоки - слева направо. Наиболее важную информацию следует поместить в центр слайда.

9. Логика предъявления информации на слайдах в презентации должна соответствовать логике ее изложения.

10. Выбор шрифтов. Для оформления презентации следует использовать стандартные, широко распространенные шрифты, такие как Arial, Tahoma, Verdana, Times New Roman, Calibri и др.

11. Титульный слайд. Презентация начинается со слайда, содержащего название работы (доклада) и имя автора. Эти элементы обычно выделяются более крупным шрифтом, чем основной текст презентации. В качестве фона первого слайда можно использовать рисунок или фотографию, имеющую непосредственное отношение к теме презентации, однако текст поверх такого изображения должен читаться очень легко. Подобное правило соблюдается и для фона остальных слайдов. Тем не менее, монотонный фон или фон в виде мягкого градиента смотрятся на первом слайде тоже вполне эффектно.

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

– чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);

– составление плана текста;

– графическое изображение структуры текста;

– составление электронной презентации;

– конспектирование текста;

– подготовка выписок из текста;

– работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными

документами;

– научно-исследовательская работа;

– использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

– работа с конспектом лекций;

– работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);

- составление плана и тезисов ответа;
- составление таблиц для систематизации учебного материала;
- изучение нормативных материалов;
- ответы на контрольные вопросы;
- аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);
- заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;
- подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;
- подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;
- составление резюме;
- написание истории болезни;
- составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

- решение задач и упражнений по образцу;
- решение вариативных задач и упражнений;
- отработка манипуляций;
- выполнение расчетно-графических работ;
- решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;
- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовки каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

3. Составление конспектов

Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

- **плановый**. При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.

- **тематический** конспект, является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.

- **текстуальный** конспект, представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.

- **свободный** конспект, включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;

2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;

3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;

4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

- композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;

- отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;

- язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;

- аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.
2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата (читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, познакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

- 1) по полноте изложения:
 - информативные (рефераты-конспекты);
 - индикативные (рефераты-резюме);
- 2) по количеству реферируемых источников:
 - монографические;
 - обзорные;
- 3) по читательскому назначению:
 - общие;
 - ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;
 - специализированные;
 - ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.
2. Содержание.
3. Введение.
4. Основная часть.
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, курация больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;

2. Содержание;
3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; кратко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начала до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;

- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздки, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишенного эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределенно-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылкам на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объем заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объем работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объем могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объем не включаются.*

Цвет шрифта – черный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, черного цвета, одинаковым по всему объему текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нем не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела, разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела, 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце

названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается**:

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак « \emptyset » для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например $>$ (больше), $<$ (меньше), $=$ (равно), \leq (меньше или равно), \geq (больше или равно), \neq (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставиться неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не умещается в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;

- перед скобками и после них: $(a+b)(d+c)$;
- Косой крест (x) в качестве знака умножения ставиться:
- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1). Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзацного отступа.

Например:

$$W=wgkc, \quad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;
 k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;
 c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;
- цитирование должно быть полным, без искажения смысла;
- пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

- Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);
- указы Президента РФ (в той же последовательности);
- постановления Правительства РФ (в той же очередности);
- иные нормативные правовые акты;
- иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);
- монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);
- иностранная литература;

– интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

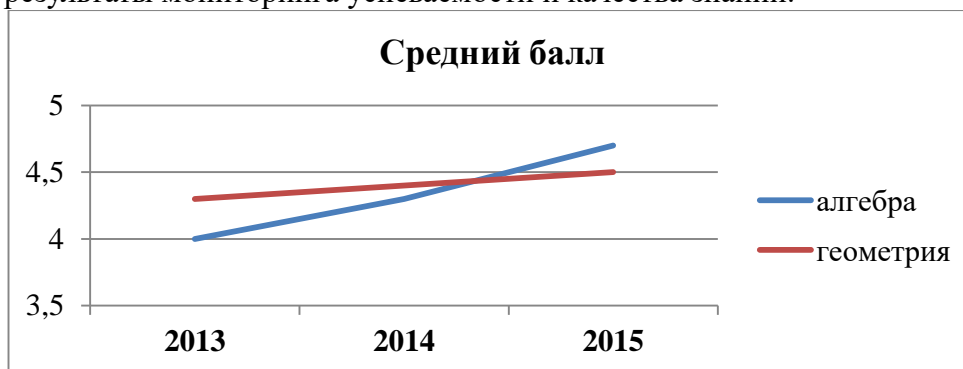


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеолярную группы пучков волокон (Рис. 5).

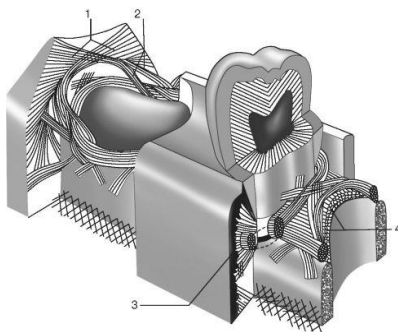


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	ПЕДАГОГИКА (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование направленности)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1
Занятия лекционного типа	2 час.
Занятия семинарского типа	8 час.
Всего аудиторной работы	10 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	62 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/2 (час. /зач. ед.)

Рабочая программа дисциплины «Педагогика» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 99 от 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач- оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Роговая Ольга Геннадьевна	д.пед.н., профессор	Заведующий кафедрой гуманитарных наук	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Щукина Мария Алексеевна	д.п.н.	Профессор кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Великанов Арсений Апетович	к.п.н., доцент	Доцент кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа дисциплины «Педагогика» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры гуманитарных наук «24» ноября 2022 г., протокол № 3 и заседания кафедры психологии от «20» декабря 2022 г., протокол № 4.

Рабочая программа дисциплины «Педагогика» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 203 г., протокол № 03/2023.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Дисциплина «Педагогика» является неотъемлемым звеном в части формирования системы универсальных, общепрофессиональных профессиональных компетенций при подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология. Содержание дисциплины направлено на подготовку специалиста, обладающего компетенциями толерантного восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий, способного к педагогической деятельности и управлением коллективом медицинских работников.

7. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины:

Целью изучения дисциплины «Педагогика» является подготовка высококвалифицированного врача, обладающего системой универсальных, профессиональных психолого-педагогических компетенций, необходимых в профессиональной деятельности врача для организации профилактической работы с больными, умения проводить учебные занятия со средним и младшим медицинским персоналом, формирования контакта с пациентами и членами их семей.

Задачи изучения дисциплины:

- Освоение ординаторами знаний о современном состоянии и теоретических основах педагогики, ее категорий, закономерностей, принципов организации процесса образования, обучения, воспитания и развития личности.
- Изучение основ психологической науки, основных категорий, методов, закономерностей психической деятельности.
- Формирование умений в освоении новейших педагогических технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.
- Формирование компетенций врача в психолого-педагогических вопросах для использования полученных знаний в профессиональной деятельности при контакте с пациентами и членами их семей.

8. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Педагогика» относится к обязательной части Блока 1 «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных гуманитарных дисциплин учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело и обеспечивает изучение последующих дисциплин учебного плана специальности ординатуры, определяющих развитие компетенции педагогического и научно-исследовательского характера для всех типов задач профессиональной деятельности: педагогического, научно-исследовательский, организационно-управленческий и медицинского.

9. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Разработка и реализация проектов	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1. Разрабатывает командную стратегию, организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели	Знает: - знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - использовать принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		УК-3.2. Мотивирует и оценивает вклад каждого члена команды в результате коллективной деятельности, организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды	Знает: - методы мотивирования и оценивания вклада каждого члена команды в результате коллективной деятельности, организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - применять методы мотивирования и оценивания вклада каждого члена команды в результате коллективной деятельности, организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		УК-3.3. Использует знания основ конфликтологии при разрешении конфликтов внутри команды и разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон	Знает: - основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - применять основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

			учета интересов всех сторон	ТЗ, Р
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия	Знает: - основы социальной психологии	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Знает: - важность учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Знает: - приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - применять приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной	УК-5.1. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	Знает: - возможности профессионального и личностного развития; возможные риски при изменении карьерной траектории	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - применять приемы организации выбора направления собственного профессионального и личностного развития, минимизации возможных рисков при изменении карьерной траектории.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

	траектории	УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		УК-5.3 Выстраивает гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Знает: - способы выстраивания гибкой профессиональной траектории непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - выстраивать гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - выстраивать гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - выстраивать гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

Общепрофессиональные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1. Умеет осуществлять педагогические действия для решения различных профессиональных задач	Знает: - нормативно-правовые основы преподавательской деятельности в системе медицинского образования	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - осуществлять отбор и использовать оптимальные	Для текущего контроля: Для текущего контроля:

			методы преподавания, разрабатывать дидактические материалы и материалы для наглядной агитации, вести просветительскую работу среди населения, документировать	КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		ОПК-3.2. Формулирует цели, задачи и планирует результаты обучения, использует средства и методы обучения и воспитания.	Знает: - цели, задачи, результаты обучения, средства и методы обучения и воспитания	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - использовать технологии проектирования образовательного процесса в зависимости от уровня образования и цели образовательного процесса, методиками педагогической диагностики, современными методиками проведения профилактических и просветительских мероприятий	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		ОПК-3.3. Использует педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Знает: - педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

Профессиональные компетенции

Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Педагогическая деятельность	ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО, ВО и ДПО.	ПК-1.1. Способен участвовать в разработке рабочих программ, оценочных и методических материалов по образовательным программам СПО и системы ДПО.	Знает: – педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - применять педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

	ПК-1.2. Способен планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий.	Знает: - методы планирования и проведения занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	ПК-1.3. Способен планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов.	Знает: - методы планирования и организации внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

10. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

11. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	10	10
Из них:		
Занятия лекционного типа	2	2
Занятия семинарского типа	8	8
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	62	62
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	72	72
часы	72	72
зач. ед.	2	2
Из них на практическую подготовку в час.*	20	20

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

12. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Тема 1 Педагогика как наука, её роль в деятельности врача. Современные подходы к организации непрерывного медицинского образования.	2	-	8	10	-
Тема 2. Современные методы и образовательные технологии; их использование в профессиональной деятельности врача.	-	2	8	10	8
Тема 3. Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача.	-	2	8	10	8
Тема 4. Психология как наука. Предмет и методы психологии. Психические процессы, состояния, свойства. Психодиагностические методики	-	2	8	10	8
Тема 5. Психологические особенности больного. Индивидуально — психологические особенности. Темперамент, личность, характер. Эмоциональные состояния. Депрессия, тревога, астения, агрессия.	-	2	8	10	8
Тема 6. Синдром эмоционального выгорания. Признаки эмоционального выгорания. Стадии эмоционального выгорания. Профилактика.	-	2	8	10	8
ИТОГО	2	10	62	72	40

13. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП* (в час.)	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия**	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1							
Тема 1.	Тема 1. Педагогика как наука, её роль в деятельности врача. Современные подходы к организации непрерывного медицинского образования.	2	-	Краткое содержание темы Предмет и методы педагогики. Педагогические категории: образование, воспитание, обучение, развитие, усвоение, научение, педагогический процесс, педагогическая деятельность, педагогические технологии, педагогическая задача. Педагогические составляющие профессиональной деятельности врача. Цели и задачи непрерывного медицинского образования. Метод непрерывной подготовки. Формы обучения непрерывного медицинского образования.	УК-3.1. УК-3.2. УК-3.3. ОПК-3.1. ОПК-3.2. ОПК-3.3. ПК-1.1. ПК-1.2. ПК-1.3.	Мультимедийная презентация	КВ, ТЗ
Всего за ПА		2	0				

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.*

*** Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания*

Тематический план занятий семинарского типа - семинары

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП ** в час.	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1							
Тема 2.	Семинар	Современные методы и образовательные технологии; их использование в профессиональной деятельности врача	2	0	Краткое содержание занятия Современные педагогические методы и технологии обучения и воспитания. Самообразование, самообучение, саморазвитие и повышение квалификации. Симуляционные техники обучения в медицинском образовании. Практикоориентированное обучение. Модульное обучение. Контроль и оценка результатов обучения.	ОПК-3.1. ОПК-3.2. ОПК-3.3. ПК-1.1. ПК-1.2. ПК-1.3.	КВ, ТЗ, П
Тема 3.	Семинар	Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача.	2	0	Особенности обучения взрослых. Методики обучения среднего и младшего медицинского персонала. Ресурсный подход в профессиональном образовании. Медико-просветительская деятельность врача. Основы проектирования учебных ситуаций как ситуаций личностного развития.	ОПК-3.1. ОПК-3.2. ОПК-3.3. ПК-1.1. ПК-1.2. ПК-1.3.	КВ, ТЗ, П
Тема 4.	Семинар-практикум	Психология как наука. Предмет и методы психологии.	2	0	Соотношение понятий «Психиатрия», «Психотерапия», «Психология», «Медицинская психология». Психические процессы, состояния и свойства. Когнитивные психические процессы и методы психодиагностики. Общетеоретические проблемы медицинской психологии. Принципы психологической диагностики в клинике. Сферы применения методов психодиагностики и психокоррекции. Методы психологии: клинико-психологический метод (наблюдение, беседа), психофизиологические методы, метод анализа продуктов деятельности, биографический метод. Экспериментально — психологический метод. Стандартизованные опросники. Нестандартизованные качественные	УК-4.1. УК-4.2. УК-4.3.	КВ, ТЗ, П

					патопсихологические методики. Проективные методы исследования личности. Организация взаимодействия врача и психолога.		
Тема 5.	Семинар-практикум	Психологические особенности больного.	2	0	Индивидуально-психологические особенности пациента (темперамент, личность, характер, акцентуации характера). Эмоциональные состояния. Депрессия. Тревога. Фобические реакции. Особенности психологического взаимодействия с пациентом при наличии тревожных и депрессивных состояний. Когнитивно-поведенческие методы коррекции тревожных и депрессивных состояний. Астения. Агрессия. Виды агрессии. Особенности психологического взаимодействия с пациентом при наличии у него агрессивных реакций. Психодиагностика эмоционально-негативных состояний.	УК-4.1. УК-4.2. УК-4.3.	КВ, ТЗ, П
Тема 6.	Семинар-практикум	Синдром эмоционального выгорания. Понятие «Эмоциональное выгорание».	2	0	Понятие «Эмоциональное выгорание». Основные проявления эмоционального выгорания. Факторы, приводящие к развитию синдрома эмоционального выгорания. Личностные особенности, способствующие формированию эмоционального выгорания. Стадии эмоционального выгорания. Рекомендации по профилактике эмоционального выгорания.	УК-5.1. УК-5.2. УК-5.3.	КВ, ТЗ, П
Всего за ПА			10	0			

* **Формы проведения занятий семинарского типа:** семинар, семинар-практикум

****Практическая подготовка (ПП)** - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.

*** **Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, П-презентация

14. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	из них на ПП ** в час.	Содержание самостоятельной работы	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства** для текущего контроля
1.	Тема 1 Педагогика как наука, её роль в деятельности врача. Современные подходы к организации непрерывного медицинского образования.	8	-	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами	УК-3.1. УК-3.2. УК-3.3. ОПК-3.1. ОПК-3.2. ОПК-3.3. ПК-1.1. ПК-1.2. ПК-1.3.	КВ, ТЗ
2.	Тема 2. Современные методы и образовательные технологии; их использование в профессиональной деятельности врача.	8	4	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации по теме	ОПК-3.1. ОПК-3.2. ОПК-3.3. ПК-1.1. ПК-1.2. ПК-1.3.	КВ, ТЗ, П
3	Тема 3. Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача.	8	4	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации по теме	ОПК-3.1. ОПК-3.2. ОПК-3.3. ПК-1.1. ПК-1.2. ПК-1.3.	КВ, ТЗ, П
4	Тема 4. Психология как наука. Предмет и методы психологии. Психические процессы, состояния, свойства. Психодиагностические методики	8	4	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации по теме	УК-4.1. УК-4.2. УК-4.3.	КВ, ТЗ, П
5	Тема 5. Психологические особенности больного. Индивидуально — психологические особенности. Темперамент, личность, характер. Эмоциональные состояния. Депрессия, тревога, астения, агрессия.	8	4	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации по теме	УК-4.1. УК-4.2. УК-4.3.	КВ, ТЗ, П
6	Тема 6. Синдром эмоционального выгорания. Признаки эмоционального выгорания. Стадии эмоционального выгорания. Профилактика.	8	4	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации по теме	УК-5.1. УК-5.2. УК-5.3.	КВ, ТЗ, П
	Подготовка реферативной работы	14	-	Сбор материала и подготовка реферата	УК-3, УК-4 УК-5, ОПК-3. ПК-1.	Р
Всего:		62	20			

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.*

***Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

Примерная тематика рефератов:

1. Современные дистанционные образовательные технологии.
2. Технологии проблемного обучения в практике педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО, ВО и ДПО
3. Технологии активного обучения в педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО, ВО и ДПО
4. Проектный метод обучения и его применения в практике подготовки врача
5. Компетентностно-ориентированный подход в современной системе образования
6. Принцип толерантности в профессиональном общении
7. Принцип учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях
8. Методы целеобразования профессионального и личностного развития
9. Синдром эмоционального выгорания
10. Ситуационные и личностные факторы формирования эмоционального выгорания
11. Самореализация личности в профессиональной деятельности врача: проблемы и перспективы
12. Современные траектории непрерывного медицинского образования
13. Риски и барьеры профессионального и личностного саморазвития
14. Принципы командообразования
15. Мотивация труда и методы мотивировки сотрудников медицинской организации

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

8. Традиционные образовательные технологии
9. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
10. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
11. Технологии активного обучения (инновационные)
12. Технологии группового обучения
13. Технологии игрового обучения

15. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. **Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:**

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств		
		КВ	ТЗ	СР
Текущий контроль	Тема 1. Педагогика как наука, её роль в деятельности врача. Современные подходы к организации непрерывного медицинского образования.	15	10	15
	Тема 2. Современные методы и образовательные технологии; их использование в профессиональной деятельности врача.	15	10	15
	Тема 3. Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача.	15	10	15
	Тема 4. Психология как наука. Предмет и методы психологии. Психические процессы, состояния, свойства. Психодиагностические методики	15	10	15
	Тема 5. Психологические особенности больного. Индивидуально — психологические особенности. Темперамент, личность, характер. Эмоциональные состояния. Депрессия, тревога, астения, агрессия.	15	10	15
	Тема 6. Синдром эмоционального выгорания. Признаки эмоционального выгорания. Стадии эмоционального выгорания. Профилактика.	15	10	15
ИТОГО		90	60	90

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, СР – самостоятельная работа (темы рефератов)

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	ТЗ, Р
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	ТЗ, Р
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	ТЗ, Р
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ТЗ, Р

ТЗ – тестовые задания, Р- реферат

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

1. Тестирование. Тестовая база содержит 100 заданий, из которых случайным образом выбирается 20 заданий, на которые студент должен дать ответ за 20 минут.
2. Предоставление реферата по дисциплине.

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции или отдельные индикаторы достижения компетенции
ТЗ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Педагогика это: <ol style="list-style-type: none"> a) наука о передаче данных; b) наука об образовании; c) наука о воспитании. 2. Процесс воспитания это: <ol style="list-style-type: none"> a) целенаправленный и организованный процесс формирования личности; b) направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью формирования у него определенных знаний, взглядов и убеждений, нравственных ценностей; c) передача накопленного опыта от старших поколений к младшим. 3. Отражение человеком объективной действительности в форме фактов, представлений, понятий и законов науки это: <ol style="list-style-type: none"> a) обучение; b) знания; c) жизненный опыт. 4. Обучение это: <ol style="list-style-type: none"> 1. целенаправленный педагогический процесс организации и стимулирования активной учебно-познавательной деятельности учащихся по овладению знаниями, умениями и навыками, развитию 	<p>УК-3.1. УК-3.2. УК-3.3. УК-4.1. УК-4.2. УК-4.3. УК-5.1. УК-5.2. УК-5.3. ОПК-3.1. ОПК-3.2. ОПК-3.3. ПК-1.1. ПК-1.2. ПК-1.3.</p>

	<p>творческих способностей и нравственных этических взглядов;</p> <p>2. передача знаний от учителя к ученикам с целью социальной адаптации и подготовки их к жизни;</p> <p>3. организация самостоятельной учебной работы учеников с целью овладения знаниями, умениями и навыками.</p> <p>5. К приведенным ниже рядам понятий подберите обобщающее слово (слова):</p> <p>α) Наглядно-действенное; наглядно-образное; образное; понятийное. (мышление)</p> <p>β) Удивление, презрение, стыд, вина. (эмоции)</p> <p>χ) Предметность, константность, целостность, избирательность, обобщенность, осмысленность. (характеристики процесса)</p> <p>δ) Комбинирование, агглютинация, гиперболизация, акцентирование, типизация. (элементы анализа)</p>	
КВ	<p>1. Дайте определение педагогике как науке.</p> <p>2. Назовите современные технологии обучения.</p> <p>3. Назовите предмет и объект андрологии.</p> <p>4. Охарактеризуйте объект и предмет современной психологической науки.</p> <p>5. Назовите методы современной психологической науки.</p> <p>6. Дайте определение астеническому состоянию.</p>	<p>УК-3.1.</p> <p>УК-3.2.</p> <p>УК-3.3.</p> <p>УК-4.1.</p> <p>УК-4.2.</p> <p>УК-4.3.</p> <p>УК-5.1.</p> <p>УК-5.2.</p> <p>УК-5.3.</p> <p>ОПК-3.1.</p> <p>ОПК-3.2.</p> <p>ОПК-3.3.</p> <p>ПК-1.1.</p> <p>ПК-1.2.</p> <p>ПК-1.3.</p>
П	<p>7. Современные педагогические методы и технологии обучения и воспитания.</p> <p>8. Самообразование, самообучение, саморазвитие и повышение квалификации в современном непрерывном медицинском образовании.</p> <p>9. Способы контроля и оценки результатов обучения.</p> <p>10. Особенности обучения взрослых.</p> <p>11. Методики обучения среднего и младшего медицинского персонала.</p> <p>12. Когнитивные психические процессы и методы их психодиагностики.</p> <p>13. Эмоциональные состояния и методы их психодиагностики.</p> <p>14. Организация взаимодействия врача и психолога в медицинском учреждении.</p> <p>15. Стадии эмоционального выгорания.</p> <p>16. Рекомендации по профилактике эмоционального выгорания.</p>	<p>УК-3.1.</p> <p>УК-3.2.</p> <p>УК-3.3.</p> <p>УК-4.1.</p> <p>УК-4.2.</p> <p>УК-4.3.</p> <p>УК-5.1.</p> <p>УК-5.2.</p> <p>УК-5.3.</p> <p>ОПК-3.1.</p> <p>ОПК-3.2.</p> <p>ОПК-3.3.</p> <p>ПК-1.1.</p> <p>ПК-1.2.</p> <p>ПК-1.3.</p>

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, П-презентация*

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложении № 1* к рабочей программе.

5. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения

обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

1. Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.prof-y-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн МультиТран (<http://www.multitrans.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

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

Основная литература:

1. Голованова, Н. Ф. Педагогика: учебник и практикум для вузов / Н. Ф. Голованова. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2022. — 377 с. — (Высшее

- образование). — ISBN 978-5-534-01228-6. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/489758>
2. Нуркова, В. В. Общая психология: учебник для вузов / В. В. Нуркова, Н. Б. Березанская. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2022. — 524 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-02583-5. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/488556>
 3. Столяренко, Л. Д. Основы психологии и педагогики: учебное пособие для вузов / Л. Д. Столяренко, В. Е. Столяренко. — 4-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Райт, 2022. — 134 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-09450-3. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/488771>

Дополнительная литература:

1. Артюхова, Т. Ю. Психология и педагогика саморазвития студентов высшей школы: учебное пособие для вузов / Т. Ю. Артюхова, О. А. Козырева. — Москва: Издательство Юрайт, 2022. — 229 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-14705-6. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/497108>
2. Глозман, Ж. М. Психология. Общение и здоровье личности: учебное пособие для вузов / Ж. М. Глозман. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2022. — 193 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-08584-6. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/492280>
3. Креативная педагогика и психология: учебное пособие / Морозов А. В., Чернилевский Д. В. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: Академический Проект, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785829127848.html>
4. Лапыгин, Ю. Н. Методы активного обучения: учебник и практикум для вузов / Ю. Н. Лапыгин. — Москва: Издательство Юрайт, 2022. — 248 с. — (Высшее образование). — ISBN 978-5-534-02216-2. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: <https://urait.ru/bcode/489574>
5. Подготовка педагогических кадров в условиях информатизации образования: учебное пособие / Лапчик М. П. - 3-е изд. - Москва: Лаборатория знаний, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785001017691.html>

7.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по дисциплине «Педагогика» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8.МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Современные IT-технологии в здравоохранении» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Педагогика» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Педагогика» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Педагогика» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
– к рабочей программе по дисциплине
– «ПЕДАГОГИКА»

Специальность ординатуры	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач- оториноларинголог»»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**
по дисциплине «ПЕДАГОГИКА»

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Педагогика как наука, её роль в деятельности врача. Современные подходы к организации непрерывного медицинского образования.	УК-3, ОПК-3, ПК-1	ТЗ, КВ
Раздел 2. Современные методы и образовательные технологии; их использование в профессиональной деятельности врача.	ОПК-3, ПК-1	КВ, ТЗ, П
Раздел 3. Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача.	ОПК-3, ПК-1	КВ, ТЗ, П
Раздел 4. Психология как наука. Предмет и методы психологии.	УК-4	КВ, ТЗ, П
Раздел 5. Психологические особенности больного.	УК-4	КВ, ТЗ, П
Раздел 6. Синдром эмоционального выгорания. Понятие «Эмоциональное выгорание».	УК-5	КВ, ТЗ, П
Подготовка реферативной работы	УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-3, ПК-1	Р

* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальная компетенции – УК-3

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-3.1. Разрабатывает командную стратегию, организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели.	Знает: - знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П КВ, из Раздела 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-3.2. Мотивирует и оценивает вклад каждого члена команды в результат е коллективной деятельности , организуя дискуссии по заданной	Знает: - методы мотивирования и оценивания вклада каждого члена команды в результат е коллективной деятельности , организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

теме и обсуждение результатов работы членов команды	Умеет: - применять методы мотивирования и оценивания вклада каждого члена команды в результат с коллективной деятельности, организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-3.3 Использует знания основ конфликтологии при разрешении конфликтов внутри команды и разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон	Знает: - основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - применять основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Универсальная компетенция – УК-4

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-4.1. Использует знания основ социопсихологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия	Знает: - основы социальной психологии	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Знает: - важность учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - поддерживать профессиональные отношения	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из

	толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Корректное раскрытие темы в П	Разделов 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Знает: - приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - применять приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Универсальная компетенции – УК-5

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-5.1. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	Знает: - возможности профессионального и личностного развития; возможные риски при изменении карьерной траектории	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - применять приемы организации выбора направление собственного профессионального и личностного развития, минимизации возможных рисков при изменении карьерной траектории.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации:

	траектории.		ТЗ, Р
УК-5.3 Выстраивает гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Знает: - способы выстраивания гибкой профессиональной траектории непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - выстраивать гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Раздела 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Общепрофессиональные компетенции – ОПК-3

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-3.1. Умеет осуществлять педагогические действия для решения различных профессиональных задач	Знает: - нормативно-правовые основы преподавательской деятельности в системе медицинского образования	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - осуществлять отбор и использовать оптимальные методы преподавания, разрабатывать дидактические материалы и материалы для наглядной агитации, вести просветительскую работу среди населения, документировать	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
ОПК-3.2. Формулирует цели, задачи и планирует результаты обучения, использует средства и методы обучения и воспитания.	Знает: - цели, задачи, результаты обучения, средства и методы обучения и воспитания	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать технологии проектирования образовательного процесса в зависимости от уровня образования и цели образовательного процесса, методиками педагогической диагностики, современными методиками проведения профилактических и	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

	просветительских мероприятий		
ОПК-3.3. Использует педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Знает: - педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Профессиональные компетенции – ПК-1

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-1.1. Способен участвовать в разработке рабочих программ, оценочных и методических материалов по образовательным программам СПО и системы ДПО	Знает: - педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО, ВО и ДПО	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 1, 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - применять педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО, ВО и ДПО	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 1, 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
ПК-1.2. Способен планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий.	Знает: - методы планирования и проведения занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 1, 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 1, 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

ПК-1.3. Способен планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов.	Знает: - методы планирования и организации внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 1, 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П из Разделов 1, 2, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

Оценка	Критерии
Зачтено	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу. Могут быть допущены недочеты в ответах на вопросы, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.
Не зачтено	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает недостаточное раскрытие терминов, концепций, теорий по дисциплине. Ответ содержит ряд серьезных неточностей, выводы поверхностны или неверны. Не может привести примеры из практики. Логически непоследовательно излагает материал.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Защита реферата
Не зачтено	70% и менее	Тема не раскрыта. Выбор источников не соответствует теме. Требования к оформлению и структуре реферата не соблюдены.
Зачтено	Более 70%	Степень раскрытия темы достаточная. Обоснованный выбор источников. Требования к оформлению и структуре реферата соблюдены. Выводы соответствуют практической значимости.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к педагогической деятельности, основам психологии и принципах организации процесса оказания медицинской помощи, и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный материал в объёме качества не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-3, ПК-1.
2 этап	Написание реферата по теме	Экспертная оценка преподавателя	УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-3, ПК-1

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

Тема 1. Педагогика как наука, её роль в деятельности врача. Современные подходы к организации непрерывного медицинского образования (Компетенции: УК-3, ОПК-3, ПК-1)

Контрольные вопросы

1. Дайте определение педагогике как науке.
2. Охарактеризуйте объект современной педагогической науки.
3. Охарактеризуйте предмет современной педагогической науки.
4. Проанализируйте эволюцию взглядов на объект педагогики как науки.
5. Сформулируйте задачи современной педагогической науки.
6. Покажите связь педагогики с другими науками.
7. Охарактеризуйте структуру педагогической науки.
8. Охарактеризуйте основные категории педагогики.
9. Раскройте функции педагогики как науки.
10. Методологическая культура педагога и ученого: общее и различное.
11. Раскройте цель и логику педагогического исследования.
12. Приведите примеры объектов научно-педагогического исследования.
13. Охарактеризуйте основные категории дидактики.
14. Назовите принципы и критерии отбора содержания общего образования.
15. Раскройте проблему содержания процесса воспитания.

Тестовые задания с эталонами ответов

1. Функции педагогической науки являются:

- a) Теоретическая, технологическая
- b) Контрольная, оценочная
- c) Практическая, нормативная
- d) Дидактическая; воспитательная**

2. Предметом педагогики является:

- a) Образование как реальный педагогический процесс
- b) Воспитание и образование личности, рассматриваемые как социальное явление, педагогическая система, процесс, деятельность**
- c) Педагогическая деятельность, направленная на передачу культуры и опыта
- d) Реальная общественная воспитательная практика формирования подрастающих поколений

3. Первые педагогические мысли встречаются в трудах:

- a) Коперник, Ньютон
- b) Галилей, Дж. Бруно
- c) Сократ, Платон, Аристотель**
- d) Леонардо да Винчи

4. Воспитание - это

- a) Процесс целенаправленного воздействия воспитателя на сознание и поведение воспитанника
- b) Управление процессом развития и социализации личности**
- c) Процесс влияния на подрастающее поколение с целью передачи им культуры и опыта

d) Деятельность человека, направленная на саморазвитие

5. Развитие педагогики как науки определило:

- a) Прогресс науки и техники
- b) Забота родителей о счастье детей
- c) Биологический закон сохранения рода
- d) **Объективная потребность в подготовке человека к жизни и труду**

6. Науки, входящие в систему педагогических:

- a) Дидактика, психология, история, философия, школоведение
- b) **Общая педагогика, возрастная педагогика, социальная педагогика, методики изучения отдельных предметов**
- c) Педагогика дошкольных учреждений, педагогика школы, социология, культурология
- d) Общая педагогика, этика, эстетика, возрастная физиология

7. Термин «педагогика» произошел от

- a) латинского «ребенок» + «воспитывать»
- b) греческого «ребенок» + «учить»
- c) **греческого «ребенок» + «водить»**
- d) латинского «ребенок» + «учить»

8. Педагогика как наука

- a) сформировалась в Древней Греции в трудах Аристотеля
- b) сформировалась в XX веке после появления работ Выготского
- c) **сформировалась в XVII веке в работах Коменского**
- d) сформировалась в XIX веке после работ Гобса

9. Целенаправленный процесс обучения и воспитания в интересах личности – это

- a) **образование,**
- b) развитие,
- c) взросление
- d) социализация

10. Метод воспитания – это

- a) способ стимулирования развития воспитуемого путем предъявления ему эталона,
- b) актуальный для определенного возраста способ формирования знаний, умений и навыков,
- c) **способ воздействия на сознание, волю и чувства воспитуемого с целью выработки у него определенных убеждений.**

Задания по самостоятельной работе (Темы презентаций)

1. Становление и развитие дидактики.
2. Педагогический процесс как целостное явление.
3. Понятие о педагогической системе.
4. Преподавание и учение.
5. Противоречия процесса обучения.
6. Индивидуальный стиль работы педагога.
7. Конструирование учебного материала.
8. Основные этапы овладения знаниями.
9. Учение как самостоятельная познавательная деятельность.
10. Модели обучения и деятельность «педагог-обучающийся» в разных моделях.
11. Цели и задачи медицинского образования на современном этапе.

12. Содержание образования как средство развития личности и формирования ее базовой культуры.
13. Образовательные стандарты медицинского образования.
14. Факторы, детерминирующие содержание образования.
15. Нормативные документы, регламентирующие содержание образования.

Тема 2. Современные методы и образовательные технологии; их использование в профессиональной деятельности врача (компетенции ОПК-3, ПК-1).

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте традиционные образовательные технологии.
2. Раскройте возможности дистанционных образовательных технологий с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети интернет.
3. Представьте значение информационных технологий в образовательном процессе.
4. Приведите примеры применения информационных технологий в образовательном процессе.
5. Охарактеризуйте технологии проблемного обучения.
6. Представьте технологии концентрированного обучения.
7. Охарактеризуйте технологии модульного обучения.
8. Представьте технологии дифференцированного обучения.
9. Охарактеризуйте технологии активного обучения (инновационные).
10. Представьте технологии группового обучения.
11. Охарактеризуйте технологии игрового обучения.
12. Представьте здоровьесберегающие технологии.
13. Охарактеризуйте систему инновационной оценки «портфолио».
14. Представьте технологию проектов.
15. Охарактеризуйте экспертно-оценочные технологии.

Тестовые задания с эталонами ответов

1. Теория целостного педагогического процесса разработана:

- a) Ю.К. Бабанским
- b) М. Скаткиным
- c) Г. Шукиной
- d) В.А. Сластениным**

2. Стержнем целостного педагогического процесса, является:

- a) Содержание ЦПП
- b) Формы организации ЦПП
- c) Закономерности ЦПП
- d) Цель ЦПП**

3. Содержанием целостного педагогического процесса является:

- a) Общечеловеческая культура**
- b) Знания, умения, навыки
- c) Положительные качества личности
- d) Совокупность мыслительных операций

4. Укажите этапы педагогического процесса:

- a) Основной, подготовительный, пропедевтический
- b) Прогностический, основной, корректирующий
- c) Подготовительный, основной, заключительный**

d) Целеполагания, диагностика, управления

5. Что из названных методов относят к активным методам обучения в медицинском вузе?

- а) реферат
- б) наблюдение
- в) **ролевая, деловая игра**
- г) тест

8. Что из названных методов относят к активным методам обучения в медицинском вузе?

- а) реферат
- б) наблюдение
- в) **метод кейса**
- г) тест

6. Что из названных методов относят к активным методам обучения в медицинском вузе?

- а) реферат
- б) наблюдение
- в) **симуляционное обучение**
- г) тест

7. Кто не является ученым-педагогом?

- а) К.Д. Ушинский
- б) А.С. Макаренко
- в) Л.С. Выготский

8. Кто из отечественных педагогов придавал приоритетное значение семейному воспитанию, развивая «гуманистическую педагогику»?

- а) А.С. Макаренко
- б) **Ш.А. Амонашвили**
- в) К.Д. Ушинский

9. О какой функции педагогики идет речь в данном случае: «Внедрение достижений передового опыта в практику»?

- а) **преобразовательная**
- б) интегрирующая
- в) проективно-конструктивная

10. О какой функции педагогики идет речь в данном случае: «Разработка методик, программ, стандартов»?

- а) преобразовательная
- б) интегрирующая
- в) **проективно-конструктивная**

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии проблемного обучения
5. Технологии концентрированного обучения

6. Технологии модульного обучения
7. Технологии дифференцированного обучения
8. Технологии активного обучения (инновационные)
9. Технологии группового обучения
10. Технологии игрового обучения
11. Здоровьесберегающие технологии
12. Система инновационной оценки «портфолио»
13. Технология проектов
14. Экспертно-оценочные технологии
15. Принципы выбора технологии обучения для реализации образовательных программ.

Тема 3. Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача (компетенции ОПК-3, ПК-1).

Контрольные вопросы

1. Охарактеризуйте ценностные основы современной педагогической науки.
2. Представьте классификацию педагогических ценностей.
3. Дайте определение педагогическому исследованию.
4. Охарактеризуйте принципы педагогического исследования.
5. Дайте определение педагогическому процессу.
6. Представьте педагогический процесс как систему.
7. Охарактеризуйте целевой компонент педагогического процесса.
8. Дайте характеристику содержательному компоненту педагогического процесса.
9. Охарактеризуйте деятельностный компонент педагогического процесса.
10. Охарактеризуйте организационно-управленческий компонент педагогического процесса.
11. Охарактеризуйте результативный компонент педагогического процесса.
12. Охарактеризуйте закономерности педагогического процесса.
13. Какова этимология слова «андрагогика»?
14. Каковы особенности организации педагогического процесса для взрослых обучающихся.
15. Назовите методы обучения младшего и среднего медицинского персонала.

Задания по самостоятельной работе (Темы презентаций)

1. Конфликт: социально-психологическая характеристика.
2. Основные приемы предотвращения и разрешения конфликтов.
3. Психологическая характеристика общения.
4. Основные компоненты общения.
5. Трудности и барьеры общения: распознавание и предотвращение.
6. Принцип толерантности в профессиональном общении
7. Принцип учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях.
8. Виды профессиональной мотивации медицинских работников.
9. Методы целеобразования профессионального и личностного развития.
10. Самореализация личности в профессиональной деятельности врача.
11. Современные траектории непрерывного медицинского образования.
12. Возможности профессионального саморазвития современного врача.
13. Риски и барьеры профессионального и личностного саморазвития.
14. Принципы командообразования и управления командой в медицинской организации.
15. Мотивация труда и методы мотивировки сотрудников медицинской организации.

Тестовые задания с эталонами ответов

1. Что из перечисленного не относится к особенностям обучения взрослых?
 - а) учет широты и вариативности образовательных запросов
 - б) практикоориентированный характер учебного процесса
 - в) учет фактора времени, обучение в сжатые сроки
 - г) **краткое повторное изложение сокращенного варианта вузовского занятия**

2. На кого нацелена геронтогика?
 - а) обучение подростков
 - б) обучение их
 - в) **обучение пожилых людей**

3. Что нужно учитывать врачу в работе с пациентом – ребенком дошкольного возраста?
 - а) что ребенок всегда открыт к общению с врачом
 - б) **что игровой вид деятельности для ребенка является ведущим**
 - в) что ребенок легко адаптируется к новым условиям

4. Кто является большим авторитетом для пациента-подростка?
 - а) родитель, старший родственник
 - б) **друг, неформальный лидер**
 - в) учитель

5. Какой должна быть речь врача при работе с ребенком, страдающим аутизмом?
 - а) **простой и четкой**
 - б) комичной и ироничной
 - в) с использованием метафор и сравнений

6. Чем характеризуется инклюзивное образование?
 - а) отбором в отдельные группы наиболее успешных обучающихся
 - б) отбором в отдельные группы детей, страдающих аутизмом
 - в) **совместным обучением обучающихся без отклонений в состоянии здоровья и обучающихся, имеющих некие ограничения возможностей**

7. Какого типа коммуникации должен придерживаться врач в работе с пожилым пациентом?
 - а) **подчеркнуто уважительного**
 - б) нейтрального
 - в) непринужденного

8. Какой фактор нужно учитывать в работе врача с пожилым пациентом?
 - а) осознание неминуемости физической смерти
 - б) **дефицит общения**
 - в) религиозные нормы

9. Что должен поддерживать врач в пациенте – ребенке-инвалиде?
 - а) жалость к самому себе
 - б) принятие инвалидности как данности
 - в) **стремление к активности**

10. На что должен обращать внимание врач в работе с пациентом-подростком?
 - а) **на возрастную конфликтность и ранимость**
 - б) на учебный вид деятельности
 - в) на сформированную жизненную программу

Тема 4. Психология как наука.

Предмет и методы психологии. Психические процессы, состояния, свойства.

Психодиагностические методики (компетенции УК-4).

Контрольные вопросы

1. Дайте определение психологии как науке.
2. Какова этимология слова «психология»? Вполне ли соответствует данное название предмету современной психологии?
3. Раскройте суть взаимосвязи педагогики и психологии.
4. Охарактеризуйте объект современной психологической науки.
5. Проанализируйте эволюцию взглядов на объект психологии как науки.
6. Сформулируйте задачи современной психологической науки.
7. Покажите связь психологии с другими науками.
8. Охарактеризуйте структуру психологической науки.
9. Охарактеризуйте принципы психологического исследования.
10. Представьте характеристику методам психологического исследования.
11. Покажите соотношение понятий «Психиатрия», «Психотерапия», «Психология», «Медицинская психология».
12. Дифференцируйте психические процессы, состояния и свойства.
13. Охарактеризуйте когнитивные психические процессы и методы их психодиагностики.
14. Раскройте принципы психологической диагностики в клинике.
15. Представьте сферы применения методов психодиагностики и психокоррекции.

Тестовые задания с эталонами ответов

1. Психология как самостоятельная экспериментальная наука сформировалась:

- б) в XVII веке
- в) во второй половине XIX века**
- г) в XX веке
- а) в V веке до нашей эры

2. Наиболее полное определение предмета психологии из представленных:

- а) психология - наука о "душе"
- б) психология изучает особенности высшей нервной деятельности
- в) психология - наука, исследующая переживания человека
- г) психология изучает процессы активного отражения человеком объективной реальности в форме ощущений, восприятий, чувств и других проявлений психики.**

3. Первая психологическая лаборатория в России была создана:

- а) И.М. Сеченовым в 1863 г.
- б) И.П. Павловым в 1895 г.
- в) В.М. Бехтеревым в 1885 г.**
- г) все ответы неверны.

4. Наиболее научное определение психики из представленных:

- а) психика - это "душа"
- б) психика - это индивидуальность человека
- в) психика - это деятельность головного мозга
- г) психика - это свойство высокоорганизованной живой материи отражать объективную реальность**

5. Метод наблюдения заключается в
- а) формировании репрезентативной выборки
 - б) видеоанализе поведения испытуемых
 - в) **целенаправленной регистрации поведения испытуемых**
6. Беседа — это
- а) экспериментальный метод
 - б) **неэкспериментальный метод**
 - в) подготовка испытуемых к эксперименту
7. В психологическом исследовании на этапе обработки данных пользуются методом:
- а) наблюдение,
 - б) **статистический,**
 - в) генетический.
8. Один из основных эмпирических методов научного познания, психологического исследования, заключающийся в активном вмешательстве в ситуацию со стороны исследователя, осуществляющего планомерное манипулирование одной или несколькими переменными (факторами) и регистрацию сопутствующих изменений в поведение изучаемого объекта:
- а) **эксперимент**
 - б) беседа
 - в) наблюдение
 - г) интервью.
9. Краткое, стандартизированное психологическое испытание, в результате которого делается попытка оценить тот или иной психический процесс или личность в целом - это:
- а) наблюдение
 - б) эксперимент
 - в) **тестирование**
 - г) самонаблюдение
10. Длительное изучение одних и тех же людей, позволяющее анализировать психическое развитие на различных этапах жизненного пути, принято называть исследованием:
- а) **лонгитюдным**
 - б) сравнительным
 - г) комплексным

Задания по самостоятельной работе (Темы презентаций)

1. Общая характеристика психологической науки и практики. Взаимосвязь теоретических и прикладных задач психологии.
2. Соотношение научной и житейской психологии.
3. Структура и отрасли психологии. Медицинская психология. Клиническая психология.
4. Задачи психологии в области здравоохранения.
5. История и современные представления о предмете психологии.
6. Специфика психического и трудности его изучения.
7. Методы психологического исследования.
8. Процесс психологического исследования и его этапы.
9. Метод наблюдения. Техника психологического наблюдения. Структурированное и неструктурированное наблюдение. Самонаблюдение.
10. Эксперимент в психологии и его виды.

11. Тест как психометрический инструмент.
12. Беседа, интервью, анкетирование.
13. Биографический метод в психологии.
14. Методы психологического воздействия.
15. Этика психологического исследования и воздействия.

Тема 5. Психологические особенности больного. Индивидуально — психологические особенности. Темперамент, личность, характер. Эмоциональные состояния. Депрессия, тревога, астения, агрессия. (компетенции УК-4).

Контрольные вопросы

1. Раскройте индивидуально-психологические особенности пациента (темперамент).
2. Раскройте индивидуально-психологические особенности пациента (характер).
3. Раскройте индивидуально-психологические особенности пациента (личность).
4. Раскройте индивидуально-психологические особенности пациента (акцентуации характера).
5. Назовите виды эмоциональных состояний.
6. Дайте психологическую характеристику состоянию депрессии.
7. Дайте психологическую характеристику состоянию тревоги.
8. Представьте характеристику фобических реакций.
9. Раскройте особенности психологического взаимодействия с пациентом при наличии тревожных и депрессивных состояний.
10. Охарактеризуйте когнитивно-поведенческие методы коррекции тревожных и депрессивных состояний.
11. Дайте психологическую характеристику астенического состоянию.
12. Дайте психологическую характеристику состоянию агрессии.
13. Назовите виды агрессии.
14. Раскройте особенности психологического взаимодействия с пациентом при наличии у него агрессивных реакций.
15. Назовите методики психодиагностики эмоционально-негативных состояний.

Тестовые задания с эталонами ответов

1. Ипохондрическая реакция – это
 - а) тоска, грусть, суицидальные тенденции
 - б) демонстративное поведение
 - в) наличие навязчивых страхов
 - г) **приписывание себе опасного заболевания, которого на самом деле нет**
 - д) уход от болезни в работу
2. Чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избирательной уязвимости личности по отношению к определенным психогенным воздействиям при хорошей устойчивости к другим, называется:
 - а) дезадаптацией
 - б) психопатией
 - в) **акцентуацией**
 - г) темпераментом
 - д) фрустрацией
3. Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях характерно для
 - а) паранойяльного типа отношения к болезни
 - б) **ипохондрического типа отношения к болезни**

- в) апатического типа отношения к болезни
- г) дисфорического типа отношения к болезни
- д) меланхолического типа отношения к болезни

4. Чрезмерная ранимость, озабоченность неприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни – составляют характеристику:

- а) **сенситивного типа отношения к болезни**
- б) меланхолического типа отношения к болезни
- в) паранойяльного типа отношения к болезни
- г) дисфорического типа отношения к болезни
- д) эргопатического типа отношения к болезни

5. «Уход от болезни в работу», стремление не утратить работоспособность является характеристикой:

- а) паранойяльного типа отношения к болезни
- б) сенситивного типа отношения к болезни
- в) **эргопатического типа отношения к болезни**
- г) дисфорического типа отношения к болезни
- д) тревожного типа отношения к болезни

6. Тип акцентуации, основными особенностями которого являются повышенная активность, общительность, высокий жизненный тонус, называется:

- а) демонстративный
- б) **гипертимный**
- в) эмоциональный
- г) возбудимый
- д) педантичный

7. Наилучшим типом темперамента является

- а) холерический
- б) сангвинический
- в) флегматический
- г) меланхолический
- д) **по отношению к темпераменту не применяются оценочные критерии**

8. И. П. Павловым типы темперамента выделялись на основании критерия:

- а) фиксации на различных стадиях психосексуального развития
- б) типа конституции
- в) социальной ситуации развития
- г) **типа нервной системы**
- д) преобладающего типа жидкости в организме

9. Интерпсихическая (межличностная) направленность дезадаптации имеет место при наличии следующих типов отношения к болезни

- а) эргопатического и анозогнозического
- б) **эгоцентрического, дисфорического, паранойяльного**
- в) тревожного, ипохондрического
- г) меланхолического, апатического
- д) гармоничного

10. Психическая и социальная адаптация существенно не нарушается при следующих типах отношения к болезни

- а) при тревожном
- б) при эгоцентрическом, дисфорическом
- в) при ипохондрическом, меланхолическом, сенситивном
- г) **при гармоничном, эргопатическом, анозогнозическом**
- д) при неврастеническом

Задания по самостоятельной работе (Темы презентаций)

1. Соотношение понятий «характер» и «личность», «характер» и «темперамент».
2. Теории и типологии характера.
3. Формирование черт характера в онтогенезе. Проблема переформирования черт.
4. Проблема воспитания и самовоспитания характера.
5. Понятие акцентуированного характера. Отличия «нормального», акцентуированного и психопатического характера.
6. Типологическая модель акцентуаций характера.
7. Понятие темперамента. Свойства и типы темперамента.
8. Нейропсихологический подход к изучению темперамента.
9. Психологические защиты и совладающее поведение.
10. Общее понятие о личности в психологии.
11. Структура личности.
12. Эмоциональное состояние: психологическая характеристика.
13. Типология эмоциональных состояний.
14. Раскройте особенности психологического взаимодействия с пациентом при различных эмоциональных состояниях.
15. Методики психодиагностики эмоционально-негативных состояний.

Тема 6. Синдром эмоционального выгорания. Признаки эмоционального выгорания. Стадии эмоционального выгорания. Профилактика (компетенция УК-5).

Контрольные вопросы

1. Дайте определение эмоции.
2. Раскройте психологический, физиологический и экспрессивный компоненты эмоций.
3. Покажите обусловленность эмоций потребностями и ситуацией.
4. Назовите функции эмоций.
5. Раскройте проблему биологической целесообразности эмоций.
6. Покажите соотношение эмоции и мотивации.
7. Раскройте классификацию видов эмоциональных явлений.
8. Дайте определение понятию «Эмоциональное выгорание».
9. Назовите основные проявления эмоционального выгорания.
10. Назовите факторы, приводящие к развитию синдрома эмоционального выгорания.
11. Представьте личностные особенности, способствующие формированию эмоционального выгорания.
12. Перечислите стадии эмоционального выгорания.
13. Дайте рекомендации по профилактике эмоционального выгорания.
14. Раскройте риски эмоционального выгорания в работе врача.
15. Покажите риски эмоционального выгорания на разных этапах профессиональной карьеры врача.

Тестовые задания с эталонами ответов

1. Эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной угрозы и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий, называется:
а) астения

- б) абulia
- в) депрессия
- г) **тревога**
- д) стресс

2. К личностным факторам, предрасполагающим к возникновению профессионального выгорания, следует отнести:

- а) слабость психологических защит
- б) **психогении, длительные стрессы**
- в) генетическая предрасположенность
- г) социально-психологический климат в организации

3. В современной теории стресса термином «копинг» обозначают:

- а) вид фрустрации
- б) **образ мышления и поведения, способствующие совладанию со стрессом**
- в) копирование детьми поведения родителей во время стресса
- г) стадию эмоционального истощения

4. Согласно ресурсной концепции стрессоустойчивости социальная поддержка относится к

- а) **внешним ресурсам**
- б) поведенческим ресурсам
- в) стилю жизни
- г) материальным ресурсам

5. Эмоции – это психические явления, отражающие в форме ... переживаний процесс и результат деятельности человека.

- а) **непосредственных;**
- б) опосредованных;
- в) кратковременных;
- г) нерациональных.

6. Психические явления, отражающие значимость действующих на человека стимулов для осуществления его деятельности – это ...

- а) интересы;
- б) мотивы;
- в) фрустрация;
- г) **эмоции.**
- д) Нет правильного ответа.

7. Какие чувства связаны с познавательными потребностями, деятельностью:

- а) Моральные.
- б) **Интеллектуальные.**
- в) Эстетические.
- г) Практические.

8. Возникновение у человека эмоции (переживания) определяется ...

- а) только объективными факторами;
- б) только субъективными факторами;
- в) **как объективными, так и субъективными факторами.**
- г) Нет правильного ответа.

9. Причинами эмоциональных процессов могут быть ...
- а) сигнальные раздражители, связанные с определенными потребностями;
 - б) предвосхищения;
 - в) характер протекания процессов регуляции и выполнения деятельности.
 - г) **сигнальные раздражители, связанные с определенными потребностями; предвосхищения; характер протекания процессов регуляции и выполнения деятельности.**
 - д) Все ответы неверны.
10. Какие изменения происходят в организме человека при наличии у него переживаний:
- а) Никаких изменений, только само переживание.
 - б) **Изменяются показатели многих функциональных систем организма.**
 - в) Изменяются только параметры сердечной деятельности.
 - г) Нет правильного ответа.

Задания по самостоятельной работе (Темы презентаций)

1. Понятие мотивации. Соотношение эмоции и мотивации.
2. Биологическая и социальная мотивация.
3. Потребности, влечения, желания, намерения.
4. Общая характеристика психологии эмоций.
5. Связь эмоций с потребностями и ситуацией.
6. Основные функции эмоций.
7. Регуляция страха, тревоги и паники.
8. Методы регуляции состояния счастья, радости, удовлетворенности, комфорта.
9. Методы формирования резистентности к стрессу и фрустрационной толерантности.
10. Состояние агрессии и его регуляция.
11. Риски синдрома эмоционального выгорания в работе врача.
12. Риски эмоционального выгорания на разных этапах профессиональной карьеры врача.
13. Синдром эмоционального выгорания
14. Ситуационные и личностные факторы формирования эмоционального выгорания
15. Приемы профилактики эмоционального выгорания.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Темы рефератов (компетенции УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-3, ПК-1)

1. Понятие о педагогике как науке.
2. Методы педагогического исследования.
3. Образование как общественное явление и педагогический процесс.
4. Развитие личности как педагогическая проблема. Роль воспитания и обучения в формировании личности.
5. Становление дидактики как науки. Предмет и задачи современной дидактики.
6. Сущность, движущие силы, противоречия и логика процесса обучения.
7. Современные дидактические концепции.
8. Содержание образования как фундамент базовой культуры личности.
9. Нормативные документы, регламентирующие содержание образования.
10. Методы, приёмы и средства обучения.
11. Урок как основная форма обучения.
12. Формы организации учебно-познавательной деятельности.
13. Внеурочная работа по предмету.
14. Инновационные образовательные процессы.

15. Типология и многообразие образовательных учреждений в РФ.
16. Сущность процесса воспитания. Принципы и содержание воспитания.
17. Базовые теории воспитания и развития личности.
18. Закономерности воспитательного процесса.
19. Понятие о методах, приёмах и средствах воспитания.
20. Ученический коллектив как объект и субъект воспитания. Формирование и развитие ученического коллектива.
21. Понятие о воспитательной системе. Этапы становления воспитательной системы.
22. Цели и задачи медицинского просвещения среди различных групп населения.
23. Цели и задачи непрерывного образования в медицинском сообществе.
24. Принципы, методы и формы просветительской деятельности врача.
25. Специфика целевой аудитории медико-просветительских проектов и ее потребности.
26. Сравнительный анализ рефлексивно-деятельностной и информационно-пассивной парадигм обучения: цели, методы, позиции преподавателя и учащихся, результат обучения
27. Психологические особенности аудитории и характеристика стадий процесса установления контакта с ней
28. Принцип учета возрастных и профессиональных особенностей, обучающихся в программах медицинского образования и просвещения.
29. Общие представления об андрагогике и основные принципы обучения взрослых
30. Принцип учета и формирования мотивации к обучению в реализации образовательных программ.
31. Требования к профессиональной квалификации преподавателя медицинских дисциплин и ведущего медико-просветительских проектов
32. Профессиональное развитие врача: этапы, мотивация, возможности.
33. Профессиональная идентичность врача.
34. Общедидактические принципы обучения
35. Этапы разработки учебного курса или медико-просветительской программы
36. Организационные и правовые основания медицинского образования РФ
37. Формы учебных занятий в медицинском образовании
38. Материально-технические требования к оснащению различных видов занятий в медицинском образовании
39. Особенности дистанционного формата обучения в медицинском образовании и при реализации медико-просветительских программ
40. Специфика лекции как формы обучения и психологического просвещения
41. Требования к структуре и содержанию лекционного материала
42. Методика чтения лекции и параметры оценки ее эффективности
43. Характеристика основных форм практических занятий: семинары и практикумы
44. Принципы разработки учебных задач к практическим занятиям
45. Методика проведения лабораторных занятий в медицинском образовании
46. Методика организации и управления учебной дискуссией на практических занятиях
47. Виды наглядности в медицинском образовании: предметная, изобразительная и словесная – и их характеристика
48. Педагогическое общение как фактор управления обучением
49. Учебная деятельность: определение понятия, структура, роль преподавателя в её организации
50. Развивающее обучение: определение понятия, структура, возможности применения в вузе
51. Проблемное обучение: определение, задачи, формы, технология
52. Основные понятия теории проблемного обучения: проблемный вопрос, проблемная задача; проблемная ситуация (структура, виды), проблемное задание

53. Психологические основы интерактивных методов обучения
54. Педагогический контроль и самоконтроль: определение, функции, методические приёмы осуществления
55. Принципы и типы оценивания, виды и формы проверки знаний и умений обучающихся.
56. Методика организации и управления самостоятельной учебной деятельностью обучающихся.
57. Психология как наука, специфика общей психологии. Структура современной психологической науки.
58. Роль психологических знаний в профессиональной деятельности врача.
59. Психологическая культура общества и роль психологии в решении задач в сфере охраны здоровья и смежных с ней областей.
60. Место психологии в системе наук о человеке.
61. Фундаментальная, прикладная, популярная, практическая и житейская психология – их соотношение.
62. Специфика психологического знания.
63. Психика человека и ее функции.
64. Структура и многоуровневая организация психики.
65. Психическое — базисное понятие психологии. Специфика психических явлений и трудности их изучения.
66. Психофизическая и психофизиологическая проблема.
67. Основные формы психических явлений – психические процессы, состояния и свойства.
68. Структура психического (сферы психики): когнитивная, аффективная, регулятивная.
69. Режимы функционирования психики.
70. Сознание и неосознаваемое.
71. Неосознаваемые побудители сознательных действий.
72. Основные этапы развития представлений о предмете психологии.
73. Основные психодинамические концепции.
74. Бихевиоризм и поведенческая психология.
75. Гештальтпсихология.
76. Гуманистическая психология.
77. Когнитивная психология.
78. Экзистенциальная психология.
79. Культурно-историческая психология.
80. Деятельностный подход в психологии.
81. Общие принципы научно-психологического познания.
82. Этапы психологического исследования.
83. Классификация методов психологического исследования.
84. Эмпирические методы психологического исследования.
85. Эксперимент как метод психологии.
86. Обсервационные методы в психологии.
87. Проблема возникновения и развития психики.
88. Психика и эволюция нервной системы.
89. Эволюция психики в фило- и онтогенезе.
90. Культурно-историческая природа психики.
91. Понятие высших психических функций.
92. Происхождение и развитие сознания.
93. Теории психической регуляции.
94. Структура и виды деятельности.
95. Практическая психология и ее задачи.

96. Роль психологии в системе наук о человеке.
97. Виды ощущений. Сенсорная организация человека. Виды порогов и чувствительность.
98. Характеристики образа восприятия: предметность, целостность, константность, обобщенность.
99. Психологические представления о воображении.
100. Память как сквозной психический процесс: ее функции, виды и процессы. Основные характеристики памяти и методы их исследования.
101. Внимание как сквозной психический процесс.
102. Виды внимания: его характеристики и методы их диагностики.
103. Операциональная природа мышления. Виды мышления. Фазы мыслительного процесса.
104. Виды мыслительных операций. Стадии формирования понятия (по Л.С. Выготскому).
105. Отношения мышления и речи. Роль внутренней речи в процессе мышления (по А.Н. Соколову). Методы исследования внутренней речи.
106. Язык и речь: виды речи и ее функции.
107. Эмоции: их физиологические механизмы и психологические функции. Психологические теории эмоций.
108. Классификация эмоций. Эмоции и чувства. Способы управления эмоциями.
109. Психические состояния и их классификация.
110. Диагностические и прогностические возможности интеллектуального тестирования (краткая характеристика основных интеллектуальных тестов).
111. Понятие креативности. Дивергентное и конвергентное мышление.
112. Воля как высший уровень психической регуляции. Основные теории воли.
113. Нейродинамические, конституциональные и половозрастные и особенности человека.
114. Общая характеристика темперамента и его свойств.
115. Различные подходы к изучению темперамента и его свойств.
116. Характер: свойства, детерминация, формирование.
117. Теории типов и черт характера.
118. Акцентуации характера. Патологии характера.
119. Способности: природа, типология, формирование и развитие.
120. Направленность личности.
121. Потребности, мотивы, мотивация. Ценностные ориентации.
122. Понятия «индивид», «личность», «субъект деятельности», «индивидуальность» в психологии.
123. Развитие сознания и самосознания в онтогенезе. Функции самосознания: самопознание, самоотношение и саморегуляция.
124. «Я-концепция»: структура, этапы формирования, функции и механизмы защиты.
125. Значение знания о личности в профессиональной деятельности врача.
126. Структура личности: подходы и модели.
127. Жизненный путь личности: исследования и описания процессов социализации и индивидуализации.
128. Понятие жизненного стиля и жизненных стратегий.
129. Жизненные способности личности.
130. Соотношение социального и биологического в структуре и развитии личности.
131. Роль персонального фактора в развитии личности.
132. Смысловые образования личности.
133. Психологическая защита. Типологии защит.
134. Совладание - механизмы овладения поведением.
135. Стратегии совладающего поведения.

Тестовые задания с эталонами ответов (компетенции УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-3, ПК-1)

1.

1. С каким из видов барьера взаимопонимания людей мы встречаемся, если общаются «подлый и порядочный», «добрый и злой»?

- а) моральный барьер
- б) мотивационный барьер
- в) барьер несходства характеров

2. Что составляет сущность процесса обучения?

- а) целенаправленный процесс организации и стимулирования активной учебно-познавательной деятельности учащихся по овладению знаниями, умениями и навыками, развитию творческих способностей и нравственных этических взглядов
- б) передача знаний от учителя к ученикам с целью социальной адаптации и подготовки их к жизни
- в) организация самостоятельной учебной работы учеников с целью овладения знаниями, умениями и навыками

3. Что не является отраслью педагогики?

- а) эстетика
- б) коррекционная педагогика
- в) тифлопедагогика
- г) андрогогика

4. Что подразумевает процесс целеполагания?

- а) постановку целей
- б) обоснование и постановку целей
- в) постановку правильной цели
- г) согласование целей

5. Кто выделил педагогику как самостоятельную науку?

- а) Демокрит
- б) Ян Амос Каменский
- в) Джон Локк
- г) К.Д. Ушинский

6. Мировоззрение и профессиональные интересы являются основным новообразованием следующего возраста...

- а) дошкольного
- б) младшего школьного
- в) подросткового
- г) юношеского

7. Что относят к активным методам обучения в медицинском вузе?

- а) реферат
- б) наблюдение
- в) ролевая, деловая игра
- г) тест

8. Что относят к активным методам обучения в медицинском вузе?

- а) реферат
- б) наблюдение

- в) метод кейса
- г) тест

9. Что относят к активным методам обучения в медицинском вузе?

- а) реферат
- б) наблюдение
- в) симуляционное обучение
- г) тест

10. Кто не является ученым-педагогом?

- а) К.Д. Ушинский
- б) А.С. Макаренко
- в) Л.С. Выготский

11. Что из перечисленного не относится к особенностям обучения взрослых?

- а) учет широты и вариативности образовательных запросов
- б) практикоориентированный характер учебного процесса
- в) учет фактора времени, обучение в сжатые сроки
- г) краткое повторное изложение сокращенного варианта вузовского занятия

12. Беседа, лекция, проблемная ситуация, практикум, упражнение – это...

- а) методы
- б) формы
- в) средства
- г) технологии

13. Какой принцип является ключевым для современного медицинского образования?

- а) образование на всю жизнь
- б) образование как залог карьеры
- в) образование через всю жизнь

14. Какой тренд современной цивилизации активно влияет на развитие системы образования?

- а) цифровизация
- б) национальная идентичность
- в) индустриализация

15. Какую цель ставит перед собой современная педагогика?

- а) формирование естественнонаучной картины мира
- б) формирование продуктивных действий
- в) формирование традиционной системы ценностей

16. Какой этап является начальным для метода проектирования?

- а) реферирование источников
- б) проблематизация
- в) отбор методик

17. Что является главным критерием образованности?

- а) системность
- б) глубокое знание одной дисциплины
- в) хорошая память
- г) методологическая база

18. Процесс воспитания – это:

- а) целенаправленный и организованный процесс формирования личности
- б) направленное воздействие на человека со стороны общественных институтов с целью формирования у него определенных знаний, взглядов и убеждений, нравственных ценностей
- в) передача накопленного опыта от старших поколений к младшим

19. Узнайте ключевое понятие педагогики: «Конкретный вид педагогического процесса, в ходе которого под руководством специально подготовленного лица реализуются общественно обусловленные задачи образования личности; процесс непосредственной передачи и приема опыта поколений во взаимодействии педагога и обучающегося».

- а) обучение
- б) профессиональная ориентация
- в) социализация

20. Какие отношения между педагогом и обучающимся предполагает современная педагогика?

- а) субъект-объектные
- б) субъект-субъектные
- в) отстраненные

21. Какой дидактический принцип эффективен в пропаганде здорового образа жизни и в профилактической деятельности врача?

- а) принцип наукоемкости
- б) принцип обратной связи
- в) принцип наглядности

22. Что является основной целью процесса воспитания?

- а) ориентация на ценности, которые будут приоритетны для человека
- б) развитие чувств, интуиции, воспитание души
- в) развитие человеческого «Я»

23. Какие методы являются традиционными в педагогике?

- а) мониторинг и контент-анализ
- б) ролевые игры
- в) наблюдение и изучение опыта

24. К какой отрасли педагогики относится тифлопедагогика?

- а) коррекционная педагогика
- б) профессиональное обучение (по отраслям)
- в) социальная педагогика
- г) отраслевая педагогика

25. К какой отрасли педагогики относится медицинская педагогика?

- а) специальное (дефектологическое) образование
- б) профессиональное обучение (по отраслям)
- в) социальная педагогика
- г) отраслевая педагогика

26. На кого нацелена геронтогика?

- а) обучение подростков

- б) обучение взрослых
- в) обучение пожилых людей

27. Что нужно учитывать врачу в работе с пациентом – ребенком дошкольного возраста?

- а) что ребенок всегда открыт к общению с врачом
- б) что игровой вид деятельности для ребенка является ведущим
- в) что ребенок легко адаптируется к новым условиям

28. Кто является большим авторитетом для пациента-подростка?

- а) родитель, старший родственник
- б) друг, неформальный лидер
- в) учитель

29. Кто из просветителей считал, что основными целями педагогики являются «формирование в здоровом теле здорового духа, прагматизма, разумного эгоизма и отводил важную роль закаливанию?»

- а) Ж.-Ж. Руссо
- б) Я.А. Коменский
- в) Дж. Локк

30. Кто из просветителей считал, что основными целями педагогики являются развитие «естественного человека» и отводил важную роль методу «естественных последствий»?

- а) Ж.-Ж. Руссо
- б) Я.А. Коменский
- в) Дж. Локк

31. Кто из отечественных педагогов придавал приоритетное значение трудовому воспитанию в коллективе?

- а) Л.Н. Толстой
- б) А.С. Макаренко
- в) К.Д. Ушинский

32. Кто из отечественных педагогов придавал приоритетное значение семейному воспитанию, развивая «гуманистическую педагогику»?

- а) А.С. Макаренко
- б) Ш.А. Амонашвили
- в) К.Д. Ушинский

33. О какой функции педагогики идет речь в данном случае: «Внедрение достижений передового опыта в практику»?

- а) преобразовательная
- б) интегрирующая
- в) проективно-конструктивная

34. О какой функции педагогики идет речь в данном случае: «Разработка методик, программ, стандартов»?

- а) преобразовательная
- б) интегрирующая
- в) проективно-конструктивная

35. Какая приоритетная задача стоит перед медицинской педагогикой в наши дни?

- а) переход на двухуровневую систему бакалавриат – магистратура

- б) развитие наставничества
- в) возврат к советской системе подготовки врача

36. Какое познание осуществляется в процессе обучения?

- а) репродуктивное
- б) спонтанное
- в) управляемое

37. Что относят к активным методам обучения в медицинском вузе?

- а) реферат
- б) наблюдение
- в) метод проектов
- г) тест

38. Какой должна быть речь врача при работе с ребенком, страдающим аутизмом?

- а) простой и четкой
- б) комичной и ироничной
- в) с использованием метафор и сравнений

39. Чем характеризуется инклюзивное образование?

- а) отбором в отдельные группы наиболее успешных обучающихся
- б) отбором в отдельные группы детей, страдающих аутизмом
- в) совместным обучением обучающихся без отклонений в состоянии здоровья и обучающихся, имеющих некие ограничения возможностей

40. Современное медицинское образование в России имеет...

- а) двухступенчатый характер
- б) непрерывный характер
- в) трехступенчатый характер

41. Какого типа коммуникации должен придерживаться врач в работе с пожилым пациентом?

- а) подчеркнуто уважительного
- б) нейтрального
- в) непринужденного

42. Какой фактор нужно учитывать в работе врача с пожилым пациентом?

- а) осознание неминуемости физической смерти
- б) дефицит общения
- в) религиозные нормы

43. Что должен поддерживать врач в пациенте – ребенке-инвалиде?

- а) жалость к самому себе
- б) принятие инвалидности как данности
- в) стремление к активности

44. На что должен обращать внимание врач в работе с пациентом-подростком?

- а) на возрастную конфликтность и ранимость
- б) на учебный вид деятельности
- в) на сформированную жизненную программу

45. Психология как самостоятельная экспериментальная наука сформировалась:

- а) в V веке до нашей эры
- б) в XVII веке
- в) во второй половине XIX века
- г) в XX веке

46. Наиболее полное определение предмета психологии из представленных:

- а) психология - наука о "душе"
- б) психология изучает особенности высшей нервной деятельности
- в) психология - наука, исследующая переживания человека
- г) психология изучает процессы активного отражения человеком объективной реальности в форме ощущений, восприятий, чувств и других проявлений психики.

47. Первая психологическая лаборатория в России была создана:

- а) И.М.Сеченовым в 1863 г.
- б) И.П.Павловым в 1895 г.
- в) В.М.Бехтеревым в 1885 г.
- г) все ответы неверны.

48. Наиболее научное определение психики из представленных:

- а) психика - это "душа"
- б) психика - это индивидуальность человека
- в) психика - это деятельность головного мозга
- г) психика - это свойство высокоорганизованной живой материи отражать объективную реальность

49. Метод наблюдения заключается в

- а) формировании репрезентативной выборки
- б) видеоанализе поведения испытуемых
- в) целенаправленной регистрации поведения испытуемых

50. Беседа — это

- а) экспериментальный метод
- б) неэкспериментальный метод
- в) подготовка испытуемых к эксперименту

51. В психологическом исследовании на этапе обработки данных пользуются методом:

- а) наблюдение,
- б) статистический,
- в) генетический.

52. Один из основных эмпирических методов научного познания, психологического исследования, заключающийся в активном вмешательстве в ситуацию со стороны исследователя, осуществляющего планомерное манипулирование одной или несколькими переменными (факторами) и регистрацию сопутствующих изменений в поведении изучаемого объекта:

- а) эксперимент
- б) беседа
- в) наблюдение
- г) интервью.

53. Краткое, стандартизированное психологическое испытание, в результате которого делается попытка оценить тот или иной психический процесс или личность в целом - это:

- а) наблюдение
- б) эксперимент
- в) тестирование
- г) самонаблюдение

54. Длительное изучение одних и тех же людей, позволяющее анализировать психическое развитие на различных этапах жизненного пути, принято называть исследованием:

- а) лонгитюдным
- б) сравнительным
- г) комплексным

55. Медицинская (клиническая) психология изучает:

- а) роль психики в возникновении и течении болезней и влияние болезней на психику
- б) биохимические изменения в организме при психических расстройствах
- в) влияние психофармакотерапии на организм человека
- г) механизмы наследственной передачи психических заболеваний
- д) межгрупповые и внутригрупповые конфликты

56. Медицинская психология является областью науки, которая:

- а) занимается только решением практических задач
- б) занимается разработкой только теоретических вопросов
- в) занимается изучением широкого спектра как теоретических, так и практических проблем в психологии и медицине
- г) занимается решением только тех практических задач, которые связаны с разработкой психологической помощи
- д) занимается только теми вопросами, которые связаны с экспертизой

57. Областью медицинской психологии является:

- а) психофармакотерапия
- б) психопатология
- в) неврология
- г) патопсихология
- д) наркология

58. Значительный вклад в становление и развитие отечественной медицинской психологии внесли:

- а) З. Фрейд, К.Г. Юнг, А. Адлер
- б) Ломов Б. Ф., Ядов В. А.
- в) Фроянов Н.В., Столяр А. Д.
- г) Бехтерев В.М., Мясищев В.Н.
- д) Каптерев П.Ф., Герцен А.И.

59. Психотерапия как метод лечебного воздействия – включает применение:

- а) биологической терапии
- б) как психологических, так и лекарственных методов
- в) различных психологических техник и методов
- г) любых методов лечебного воздействия
- д) только методов внушения

60. Постыжение эмоциональных состояний другого человека в форме сопереживания и сочувствия – это:

- а) фрустрация

- б) эмпатия
- в) депривация
- г) рационализация
- д) реактивное образование

61. В современной медицинской психологии используются:

- а) только психодиагностические методы
- б) исключительно методы психологического воздействия
- в) и психодиагностические и психокоррекционные методы
- г) психодиагностические, психокоррекционные, а также психофармакотерапевтические методы
- д) фармакотерапевтические методы

62. Неврастенический тип отношения к болезни проявляется в:

- а) неверии в выздоровление, в эффект лечения
- б) непрерывном беспокойстве и мнительности
- в) полном безразличии к лечению
- г) поведении по типу «раздражительной слабости»
- д) зависти и ненависти к здоровым

63. Паранойяльный тип отношения к болезни проявляется в:

- а) чрезмерной ранимости, чувствительности
- б) зависти и ненависти к здоровым
- в) уверенности, что болезнь – результат злого умысла
- г) стремлении сохранить работоспособность
- д) желании причинить себе вред

64. Анозогнозический тип отношения к болезни проявляется в:

- а) активном отбрасывании мыслей о болезни
- б) адекватной оценке больным своего состояния
- в) стремлении сохранить работоспособность
- г) поисках выгод в связи с болезнью
- д) желании причинить вред окружающим

65. Использует теоретические основы психологии и применяет психологические методы диагностики и коррекции

- а) медицинская психология
- б) психиатрия
- в) общая психология
- г) психопатология
- д) психофармакотерапия

66. Ипохондрическая реакция – это

- а) тоска, грусть, суицидальные тенденции
- б) демонстративное поведение
- в) наличие навязчивых страхов
- г) приписывание себе опасного заболевания, которого на самом деле нет
- д) уход от болезни в работу

67. Чрезмерное усиление отдельных черт характера, проявляющееся в избирательной уязвимости личности по отношению к определенным психогенным воздействиям при хорошей устойчивости к другим, называется:

- а) дезадаптацией
- б) психопатией
- в) акцентуацией
- г) темпераментом
- д) фрустрацией

68. Чрезмерное сосредоточение на субъективных болезненных и иных неприятных ощущениях характерно для

- а) паранойяльного типа отношения к болезни
- б) ипохондрического типа отношения к болезни
- в) апатического типа отношения к болезни
- г) дисфорического типа отношения к болезни
- д) меланхолического типа отношения к болезни

69. Чрезмерная ранимость, озабоченность неприятными впечатлениями, которые могут произвести на окружающих сведения о болезни – составляют характеристику:

- а) сенситивного типа отношения к болезни
- б) меланхолического типа отношения к болезни
- в) паранойяльного типа отношения к болезни
- г) дисфорического типа отношения к болезни
- д) эргопатического типа отношения к болезни

70. «Уход от болезни в работу», стремление не утратить работоспособность является характеристикой:

- а) паранойяльного типа отношения к болезни
- б) сенситивного типа отношения к болезни
- в) эргопатического типа отношения к болезни
- г) дисфорического типа отношения к болезни
- д) тревожного типа отношения к болезни

71. Тип акцентуации, основными особенностями которого являются повышенная активность, общительность, высокий жизненный тонус, называется:

- а) демонстративный
- б) гипертимный
- в) эмоциональный
- г) возбудимый
- д) педантичный

72. Наилучшим типом темперамента является

- а) холерический
- б) сангвинический
- в) флегматический
- г) меланхолический
- д) по отношению к темпераменту не применяются оценочные критерии

73. И. П. Павловым типы темперамента выделялись на основании критерия:

- а) фиксации на различных стадиях психосексуального развития
- б) типа конституции
- в) социальной ситуации развития
- г) типа нервной системы
- д) преобладающего типа жидкости в организме

74.Интерпсихическая (межличностная) направленность дезадаптации имеет место при наличии следующих типов отношения к болезни

- а) эргопатического и анозогнозического
- б) эгоцентрического, дисфорического, паранойяльного
- в) тревожного, ипохондрического
- г) меланхолического, апатического
- д) гармоничного

75.Психическая и социальная адаптация существенно не нарушается при следующих типах отношения к болезни

- а) при тревожном
- б) при эгоцентрическом, дисфорическом
- в) при ипохондрическом, меланхолическом, сенситивном
- г) при гармоничном, эргопатическом, анозогнозическом
- д) при неврастеническом

76.При создании методики «ТОБОЛ» использовалась типология отношений к болезни, предложенная

- а) Личко А.Е. и Ивановым Н.Я.
- б) Леонтьевым А.Н. и Рубинштейном С.Л.
- в) Русаловым В.М. и Тепловым Б.М.
- г) Узнадзе Д.Н.
- д) Бехтеревым В.М. и Мясищевым В.Н.

77. Методика «Простые аналогии» применяется для

- а) исследования мыслительных процессов
- б) исследования внимания
- в) исследования памяти
- г) психокоррекции депрессивного состояния
- д) исследования личностных особенностей

78. Все то, что испытывает и переживает больной в связи с болезнью, вся масса его ощущений, совокупность психологических переживаний, связанных с болезнью называется:

- а) пониманием болезни
- б) внутренней картиной болезни
- в) осознанием болезни
- г) отношением к болезни
- д) внешней картиной болезни

79. В классификации типов отношения к болезни, которая использовалась при создании методики «ТОБОЛ» выделено это количество типов:

- а) 8
- б) 12
- в) 3
- г) 15
- д) 11

80. Смысл качественного анализа в патопсихологии заключается в том, что:

- а) необходимо соотнести показатели шкал со средне-нормативными значениями
- б) важно проанализировать частоту встречаемости определённых ответов обследуемого
- в) интерпретация результатов исследования должна быть полной

г) анализ результатов должен осуществляться высококвалифицированным специалистом
д) целесообразно анализировать ход размышлений, эмоциональные реакции, отношение к собственным ошибкам, отношение к обследованию у пациента при выполнении заданий

81. «Исключение лишнего» - это методика для диагностики:

- а) нарушений мышления
- б) нарушений памяти
- в) нарушений внимания
- г) особенностей личности
- д) особенностей темперамента

82. Сферой компетенции медицинского психолога является

- а) постановка нозологического диагноза
- б) формулировка психологического диагноза
- в) назначение транквилизаторов
- г) лечение психозов
- д) психотерапия с использованием антидепрессантов

83. Значительный вклад в становление и развитие отечественной патопсихологии был сделан:

- а) Б.Ф. Ломовым
- б) В.А. Якуниным
- в) М.К. Мамардашвили
- г) Б.В. Зейгарник
- д) С.Л. Рубинштейном

84. Значительный вклад в становление и развитие отечественной нейропсихологии внёс:

- а) Л.С. Выгосткий
- б) А.Р. Лурия
- в) Б.Г. Ананьев
- г) С.Л. Рубинштейн
- д) Б.Ф. Ломова

85. Интрапсихическая (внутриличностная) направленность дезадаптации имеет место при наличии типов отношения к болезни:

- а) тревожного, ипохондрического, меланхолического
- б) анозогнозического
- в) эгоцентрического, дисфорического
- г) паранойяльного
- д) гармоничного

86. «Уход от болезни в работу», стремление сохранить, не утратить работоспособность является характеристикой:

- а) паранойяльного типа отношения к болезни
- б) сенситивного типа отношения к болезни
- в) эргопатического типа отношения к болезни
- г) дисфорического типа отношения к болезни
- д) тревожного типа отношения к болезни

87. Одна из общетеоретических проблем медицинской психологии, касающаяся влияния воспитания и наследственности на психику человека обозначается, как:

- а) «Мозг и психика»

- б) «Норма и патология»
- в) «Социальное и биологическое в психике человека»
- г) «Сознание и бессознательное»
- д) «Проблема развития и распада психики»

88. Искажение процессов обобщения в мышлении свойственно:

- а) больным депрессией
- б) больным шизофренией
- в) больным эпилепсией
- г) больным неврозами
- д) пациентам с черепно-мозговой травмой

89. Отрасль психологии, которая занимается изучением нарушений психики при локальных поражениях головного мозга.

- а) психопатология
- б) нейропсихология
- в) патопсихология
- г) сравнительная психология
- д) психология дизонтогенеза

90. ТАТ (Тематический апперцептивный тест) – это

- а) стандартизованный опросник
- б) проективная методика
- в) психофизиологический метод психодиагностики
- г) патопсихологическая методика для исследования внимания и сенсомоторных реакций, разработанная в школе Б. В. Зейгарник
- д) психокоррекционная методика

91. Фобический синдром – это:

- а) тоска, грусть, суицидальные тенденции
- б) демонстративное, театральное поведение, утрированность жалоб
- в) наличие навязчивых страхов
- г) приписывание себе опасного заболевания, которого на самом деле нет
- д) наличие, в основном, проявлений неопределённого беспокойства, диффузного опасения, тревожного ожидания

92. Основатель теории психоанализа

- а) З. Фрейд
- б) Э. Фромм
- в) К. Г. Юнг
- г) В. Н. Мясищев
- д) К. Роджерс

93. Личностно-ориентированная реконструктивная патогенетическая психотерапия. Теория какого ученого лежит в основе этого метода?

- а) Б.В. Зейгарник
- б) А.Р. Лурии
- в) Л.С. Выготского
- г) В.Н.Мясищева

94. Нервно-психическая слабость, проявляющаяся в повышенной утомляемости и истощаемости, сниженном пороге чувствительности, неустойчивости настроения – это...

- а) астения
- б) абулия
- в) парестезия
- г) депрессия
- д) конфабуляция

95. Гневливо-мрачное, озлобленное настроение, зависть и ненависть к здоровым – этот тип отношения к болезни называется:

- а) паранойяльный
- б) апатический
- в) тревожный
- г) дисфорический
- д) эгоцентрический

96. Использование факта своей болезни как средства для привлечения внимания окружающих – этот тип отношения к болезни называется

- а) ипохондрический
- б) анозогностический
- в) эгоцентрический
- г) меланхолический
- д) тревожный

97. Воспитание по типу «кумир семьи» приводит к формированию следующей акцентуации характера:

- а) тревожная
- б) циклотимная
- в) шизоидная
- г) эмоционально-экзальтированная
- д) демонстративная

98. Эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной угрозы и проявляющееся в ожидании неблагоприятного развития событий, называется:

- а) астения
- б) абулия
- в) депрессия
- г) тревога
- д) стресс

99. К личностным факторам, предрасполагающим к возникновению профессионального выгорания, следует отнести:

- а) слабость психологических защит
- б) психогении, длительные стрессы
- в) генетическая предрасположенность
- г) социально-психологический климат в организации

100. В современной теории стресса термином «копинг» обозначают:

- а) вид фрустрации
- б) образ мышления и поведения, способствующие совладанию со стрессом
- в) копирование детьми поведения родителей во время стресса
- г) стадию эмоционального истощения

101. Согласно ресурсной концепции стрессоустойчивости социальная поддержка относится к
- а) внешним ресурсам
 - б) поведенческим ресурсам
 - в) стилю жизни
 - г) материальным ресурсам
102. Понятие ... выражает генотипические характеристики человека.
- а) индивид;
 - б) личность;
 - в) субъект деятельности;
 - г) индивидуальность.
103. Человек как индивид – это человек, на поведение которого не влияют ... факторы.
- а) генетические;
 - б) биологические;
 - в) социальные.
 - г) нет правильного ответа.
104. Характеристикой человека как индивида является ...
- а) индивидуальный стиль деятельности;
 - б) направленность поведения;
 - в) характер;
 - г) рост.
105. На поведение человека как личности влияет(ют) ...
- а) нормы морали;
 - б) социальная среда;
 - в) характер;
 - г) нормы морали, социальная среда, характер;
 - д) Все ответы неверны.
106. Динамические характеристики поведения человека определяются его ...
- а) характером;
 - б) темпераментом;
 - в) способностями;
 - г) направленностью.
107. Система устойчивых мотивов личности - это ...
- а) темперамент;
 - б) характер;
 - в) способности;
 - г) направленность.
108. Степень трудности тех целей, к достижению которых стремится человек - это ...
- а) локус контроля;
 - б) самооценка;
 - в) уровень притязаний;
 - г) характер.
109. Личность в ее своеобразии и неповторимости – это ...
- а) индивид;

- б) субъект деятельности;
- в) характер;
- г) индивидуальность.

110. Индивидом рождаются, личностью ...

- а) тоже рождаются;
- б) автоматически становятся при достижении определенного возраста;
- в) становятся в процессе биологического созревания и роста;
- г) становятся в процессе социализации.

111. Исторически сложившиеся или установленные стандарты поведения и деятельности, соблюдение которых является обязательным условием включения в социальную группу – это

- а) ценности;
- б) социальные нормы;
- в) социальные роли;
- г) социальные статусы.

112. Определенная позиция в социальной системе, предполагающая систему прав и обязанностей, - это ...

- а) самооценка;
- б) социальная норма;
- в) социальная роль;
- г) социальный статус.

113. Соответствующий принятым нормам способ поведения, зависящий от статуса, это ...

- а) стереотип;
- б) социальная норма;
- в) социальная роль;
- г) социальный ритуал.

114. Самооценка – это элемент ...

- а) направленности;
- б) темперамента;
- в) уровня притязаний;
- г) самосознания.

115. Какие из перечисленных ниже особенностей характеризуют человека как индивида?

- а) Высокая скорость двигательных реакций.
- б) Хорошая координация движений.
- в) Повышенная чувствительность к температурным изменениям.
- г) Высокая скорость двигательных реакций; Хорошая координация движений; Повышенная чувствительность к температурным изменениям.
- д) Все ответы неверны.

116. Какие из перечисленных ниже особенностей характеризуют человека как личность?

- а) Застенчивость;
- б) Общительность;
- в) Повышенная агрессивность;
- г) Застенчивость; Общительность; Повышенная агрессивность;
- д) Все ответы неверны.

117. Темперамент – это характеристика индивида со стороны его...

- а) содержательных особенностей
- б) динамических особенностей
- в) ценностных ориентаций

118. Понятие «личность» описывает

- а) содержательную сторону поведения
- б) формально-динамическую сторону поведения
- в) мотивационно-волевую сторону поведения

119. Совокупность устойчивых свойств индивида, в которых выражаются способы его поведения в типичных ситуациях – это...

- а) темперамент
- б) характер
- в) способности

120. Характер определяется фактором...

- а) наследственности
- б) воспитания и самовоспитания
- в) собственной активности

Правильные ответы на тестовые задания.

№	Эталон ответа	№	Эталон ответа	№	Эталон ответа
1	а	41	а	81	а
2	а	42	б	82	б
3	а	43	в	83	г
4	б	44	а	84	б
5	б	45	в	85	а
6	г	46	г	86	в
7	в	47	в	87	в
8	в	48	г	88	б
9	в	49	в	89	б
10	в	50	б	90	б
11	г	51	б	91	в
12	а	52	а	92	а
13	в	53	в	93	г
14	а	54	а	94	а
15	б	55	а	95	г
16	б	56	в	96	в
17	а	57	г	97	д
18	б	58	г	98	г
19	а	59	в	99	б
20	б	60	б	100	б
21	в	61	в	101	а
22	а	62	г	102	а
23	в	63	в	103	г
24	а	64	а	104	г
25	г	65	а	105	г
26	в	66	г	106	б
27	б	67	в	107	г
28	б	68	б	108	в
29	в	69	а	109	г
30	а	70	в	110	г
31	б	71	б	111	б
32	б	72	д	112	г
33	а	73	г	113	в
34	в	74	б	114	г
35	б	75	г	115	г
36	в	76	а	116	г
37	в	77	а	117	б
38	а	78	б	118	в
39	в	79	б	119	б
40	б	80	д	120	б

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Педагогика»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
	Список литературы

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция - в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;
- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.
- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;
- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);
- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловые вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемым, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию, формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как теоретика и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование

обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы».

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность «среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать ряд особенных, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять, на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции,

следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общая закономерность и на ее основе подлежат анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разного рода тезисными записями и планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других

занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучаемых.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

- рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;
- методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

- Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

– заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;

– досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;

– самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, состязательности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой

обучающимся к данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общими и профессиональными компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

– репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

– активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

– интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

– разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

– максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

– использование бланков документов, инструктивных материалов;

– наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Медицинская педагогика – междисциплинарная область теории и практики, возникшая на основании эмпирически подтвержденной эффективности специального обучения больных злокачественными опухолями, сахарным диабетом, бронхиальной астмой, сердечно-сосудистыми и другими заболеваниями. В медицинском образовании педагогика объясняет и описывает организацию педагогического процесса, выявляет его успешность или неуспешность, а также трудности, возникшие на этапе клинических знаний, которые должны изучаться на доклиническом этапе. Роль педагогики в практике современного врача очень важна, поскольку пронизывает все сферы деятельности специалиста: от момента самообучения, практики, до правил общения с пациентами и родственниками. Объектом в медицинской педагогике является человек – одушевленное существо. Именно на человека: ученика, коллегу, пациента, подопечного направлено действие педагогики. При этом задача педагога заключается в том, чтобы учащийся осознавал себя не просто объектом, но и субъектом обучения (его не только учат, но он сам учится). Субъект – это тот человек, который совершает относительно других людей педагогическую деятельность. В медицинской педагогике эта роль отводится врачу-специалисту

Самостоятельная работа - важнейшая составная часть занятий, необходимая для уверенного освоения программы курса.

Целью самостоятельной работы является закрепление и углубление занятий, полученных на лекциях, подготовке к текущим семинарским занятиям, промежуточным формам контроля знаний и зачету.

Самостоятельная работа способствует формированию навыков работы с литературой, развитию культуры умственного труда и поискам в приобретении новых знаний.

Методическое обеспечение самостоятельной работы по психологии и педагогике состоит из:

- Определения учебных вопросов, которые необходимо изучить самостоятельно;
- Подбора учебной литературы обязательной для проработки и изучения;
- Поиска дополнительной научной литературы, к которой ординаторы могут обращаться по желанию, если у них возникает интерес в данной теме;
- Определения контрольных вопросов, позволяющих обучающимся самостоятельно проверить качество полученных знаний.

Педагогика как наука, её роль в деятельности врача. Современные подходы к организации непрерывного медицинского образования.

Педагогику (от двух греческих слов: «пейдос» – дитя и «гогос» – вести, дословно – «детовожделение») исходно рассматривали как науку и искусство обучения детей. Сейчас это самостоятельная наука, которая изучает закономерности целостного процесса обучения, воспитания и развития личности

Педагогика является научной основой организации процесса становления личности медицинского работника.

Становление и личностное развитие медика в процессе получения высшего медицинского образования, овладение основами культуры медицинской деятельности опирается на освоение педагогических знаний.

В педагогике выделяют научные и практические задачи.

Научные задачи:

1. Получение знаний о том, как протекает деятельность обучения и воспитания, что необходимо сделать, чтобы она стала более эффективной, соответствующей поставленным целям.

Практические задачи педагогики:

1. Нацеленность на конкретные результаты.

2. Выявление объективных закономерностей образовательного процесса (выступают как результат научно-педагогических исследований).
3. Обоснование современных педагогических систем.
4. Разработка нового содержания образования и соответствующих ему методов, форм, систем обучения, воспитания, управления образованием.

Педагогика, как и любая другая наука, имеет свои категории (рис. 1), которые указывают на определенный класс педагогических явлений и фактов, определяют предмет педагогики.

Объект педагогики. В качестве своего объекта педагогика имеет систему педагогических явлений, связанных с развитием индивида. Поэтому объектом педагогики выступают те явления действительности, которые обуславливают развитие человеческого индивида в процессе целенаправленной деятельности общества. Предметом педагогики является образование как организуемый целостный педагогический процесс. Поэтому педагогика является наукой, которая изучает сущность, закономерности, тенденции и перспективы развития образования.

Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача.

Андрагогика – это наука, раскрывающая теоретические и практические аспекты обучения взрослого человека на протяжении всей жизни. Существует несколько определений андрагогики. Аревик Саргсян определяла андрагогику как искусство и науку помощи взрослым в обучении. Потребность в такой науке возникла с повышением в обществе как потребности, так и возможности многократного (постоянного) повышения квалификации, переобучения или даже смены профессии для трудящихся граждан, а также возможностей и потребностей обучения и переобучения взрослых в связи с возросшими культурными запросами. Основные положения андрагогики: ведущая роль в процессе обучения принадлежит взрослому – человеку – обучающемуся; ставятся конкретные цели обучения, стремление к самостоятельности, самореализации, самоуправлению; – взрослый человек обладает профессиональным и жизненным – опытом, знаниями, умениями, навыками, которые должны быть использованы в процессе обучения.

Цель действий человека, принявшего на себя психолого-педагогическую позицию в практике медицины, заключается во взаимодействии с другими людьми, в основе которых лежат идеи здоровья, здорового образа жизни, его сохранение и поддержание. Эта позиция должна стать определяющей в профессиональных установках и действиях врача. И пациент, и врач, и другие «действующие лица» медицинской практики поразному причастны к индустрии здоровья, но врач является ее олицетворением, и именно поэтому его обязанность — психолого-педагогическое взаимодействие с пациентом. Передача знаний пациенту невозможна без доверительного полноценного партнерского общения, уважения к его личности. Сотрудничество врач – пациент предполагает взаимопонимание, поддержку, готовность к совместной деятельности по сохранению, укреплению и восстановлению здоровья, поэтому большое значение имеет правильная организация пространства встречи и продуктивное сотрудничество в процессе планирования лечебных мероприятий.

Задания для самостоятельной работы

Составить тест из 10 тестовых заданий на тему: «Категориальный аппарат педагогики». Написать реферат (подготовить презентацию) на тему: «Понятие педагогического процесса».

Творческое задание

Придумать синквейн, характеризующий любое ключевое понятие темы. Дидактический синквейн основывается не на слоговой зависимости, а на содержательной и синтаксической заданности каждой строки: Первая строка – тема синквейна, включает в себе одно слово (обычно существительное или местоимение), которое обозначает объект

или предмет, о котором пойдёт речь. Вторая строка – два слова (чаще всего прилагательные или причастия), дающие описание признаков и свойств выбранного в синквейне предмета или объекта. Третья строка – образована тремя глаголами или деепричастиями, описывающими характерные действия объекта. Четвёртая строка – фраза из четырёх слов, выражающая личное отношение автора синквейна к описываемому предмету или объекту. Пятая строка – одно слово-резюме (метафора), характеризующее суть предмета или объекта.

Психологические особенности больного. Индивидуально — психологические особенности. Темперамент, личность, характер. Эмоциональные состояния. Депрессия, тревога, астения, агрессия.

Раздел о психологии пациента является, пожалуй, одним из самых разработанных как в медицинской психологии, так и в тех разделах психологии, которые касаются психологических аспектов протекания соматических болезней. Причем в первую очередь исследуются не психология психически пациентов, а психология соматических пациентов. Это вполне понятно, поскольку вытекает из нескольких положений. Во-первых, соматические заболевания по удельному весу заболеваемости человека занимают гораздо большее место, чем психические расстройства. Во-вторых, изучение соматических заболеваний всегда было больше нацелено на изучение собственно соматической патологии, на то, как возникает соматическая болезнь, как ее дифференцировать от других заболеваний и как лечить. Психиатрия в той или иной степени, изучая психические отклонения, касается психологии пациента. Однако психология психически пациента остается самым неизученным вопросом в медицине, за одним небольшим исключением – в этом контексте чуть больше изучены неврозы. Это заслуга психоанализа, который изучал психологию и психопатологию так называемых пограничных состояний (между нормой и грубой психической патологией). В широком смысле слова пограничный, а не в том смысле, который принят в американских классификациях, где пограничное состояние – это состояние между невротическими и психотическими состояниями. Поэтому психология психически пациентов еще ждет своих исследователей, которые бы делали акцент не на то, как ломается нормальный психический процесс, а на то, в каких вариантах психопатологии сохраняются психические функции и как они сочетаются с психопатологическими нарушениями.

Каковы наиболее общие факторы, определяющие психологические особенности пациента? Пациент обычно лишен возможности без ограничений делать все, что он мог делать раньше, часто вынужден изменить планы на будущее, отказаться от достижения давно намеченных и очень притягательных целей. Это вызывает состояние фрустрации, проявляющееся иногда в ощущениях гнетущего напряжения, тревожности, отчаяния, гнева и т. д. Яркий пример – необратимая потеря зрения. Специфические проблемы возникают у пациентов в связи с утратой ими эстетической привлекательности при дерматите, псориазе и т. д. Болевые ощущения накладывают отпечаток на эмоциональное состояние. Одна из распространенных форм реагирования ЦНС на внешние и внутренние вредности – астения, которой заканчивается почти каждое соматическое заболевание и каждый случай токсикоза.

Список основной литературы:

1. Педагогика и психология высшей школы: учеб. пособие / Ф. В. Шарипов - Москва: Логос, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785987045879.html>
2. Педагогика / Мандель Б. Р. - Москва: ФЛИНТА, 2019. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785976516854.html>
3. Педагогическая психология. Принципы обучения: учебное пособие для высшей школы / Хон Р. Л. - 2-е изд. - Москва: Академический Проект, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785829135317.html>
4. Креативная педагогика и психология: учебное пособие / Морозов А. В., Чернилевский Д. В. - 2-е изд., испр. и доп. - Москва: Академический Проект, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785829127848.html>
5. Подготовка педагогических кадров в условиях информатизации образования: учебное пособие / Лапчик М. П. - 3-е изд. - Москва: Лаборатория знаний, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785001017691.html>

Список дополнительной литературы

6. Педагогика в медицине / Новгородцев И. В. - Москва: ФЛИНТА, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785976512818.html>
7. Психология и педагогика. Краткий курс: учебное пособие / Кравцова Е. Е. - Москва: Проспект, 2016. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785392192366.html>
8. Педагогическая психология: учебное пособие для вузов / Кулагина И. Ю. - Москва: Академический Проект, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785829127473.html>
9. Технология самоорганизации преподавателем медицинского вуза педагогической деятельности: Учебно-методическое пособие / О.М. Коломиец. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2014. - Текст: электронный // URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/839>

Характеристика информационно-образовательной среды:

10.3.1 Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

- Операционная система семейства Windows
- Пакет OpenOffice
- Пакет LibreOffice
- Microsoft Office Standard 2016
- NETOP Vision Classroom Management Software лицензионный сертификат.
- Программы на платформе Moodle <http://moodle.almazovcentre.ru/>, Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России.
- САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

- Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (medlib.ru)
- Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (rosmedlib.ru)
- Полнотекстовая база данных «ClinicalKey» (clinicalkey.com)

–Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

–Научная электронная библиотека <http://elibrary.ru/defaultx.asp>

Информационные справочные системы, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

–Реферативная и наукометрическая база данных «Scopus» (<http://www.scopus.com/>)

–База данных индексов научного цитирования WebofScience (www.webofscience.com)

Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

–Поисковые системы Google, Rambler, Yandex <http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru>/

–Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран <http://www.multitran.ru/>

–Университетская информационная система РОССИЯ <https://uisrussia.msu.ru>

–Публикации ВОЗ на русском языке <http://www.who.int/publications/list/ru/>

–Международные руководства по медицине <https://www.guidelines.gov/>

–Единое окно доступа к образовательным ресурсам <http://window.edu.ru/>

–Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) <http://www.femb.ru/feml>

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	СОВРЕМЕННЫЕ ИТ- ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование направленности)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра математики и естественнонаучных дисциплин (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1
Занятия лекционного типа	12 час.
Занятия семинарского типа	24 час.
Всего аудиторной работы	36 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	36 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/2 (час. /зач. ед.)

Рабочая программа дисциплины «Современные IT-технологии в здравоохранении» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 99 от 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Михайлова Нинель Вадимовна	к.х.н.	Заведующий кафедрой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Фаткин Александр Юрьевич	к.х.н.	Доцент кафедры математики и естественнонаучных дисциплин	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа дисциплины «Современные IT-технологии в здравоохранении» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры математики и естественнонаучных дисциплин «28» декабря 2022 г., протокол № 5.

Рабочая программа дисциплины «Современные IT-технологии в здравоохранении» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023г., протокол № 03/2023.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины:

Сформировать у ординаторов знания и умения по обработке информации: поиску, получению, очистке, изменению и передаче информации с помощью компьютерных технологий и умение использовать полученные знания на практике.

Задачи изучения дисциплины:

1. Понять связь информационных технологий с другими дисциплинами: доказательной медициной, организацией здравоохранения, организацией научно-исследовательских работ, математикой, статистикой;
2. Изучить поиск, получение, очистку, обработку, передачу, распространение, хранение и представление информации с использованием информационных технологий;
3. Получить представление о правовой и информационной защите данных;
4. Освоить информационные основы управления проектами и базами данных; понять процесс документооборота;
5. Овладеть техническими приемами подготовки, оформления и публикации презентаций, докладов, статей; получить знания по основам документооборота;
6. Сформировать начальные элементы технологии автоматизации обработки данных и алгоритмизации задач с помощью программных средств.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Современные IT-технологии в здравоохранении» относится к обязательной части Блока 1 «Дисциплины (модули)» учебного плана по специальности 31.08.58

Оториноларингология.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных естественно-научных дисциплин учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело и обеспечивает изучение последующих дисциплин учебного плана специальности ординатуры, определяющих развитие компетенции для всех типов задач профессиональной деятельности: педагогического, научно-исследовательского, организационно-управленческого и медицинского.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Разработка и реализация проектов	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Знает: - методы критического анализа и оценки современных научных достижений, - методы генерирования новых идей при решении исследовательских и практических задач, в том числе в междисциплинарных областях; - методы научно-исследовательской деятельности	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: - критически анализировать и оценивать современные научные достижения - анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
		УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Знает: - методы научно-исследовательской деятельности - технологии планирования в профессиональной деятельности в сфере научных исследований	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: - выбирать и применять в профессиональной деятельности экспериментальные и расчетно-теоретические методы исследования	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания, П-презентация

Общепрофессиональные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1. Использует медицинские информационные системы (МИС) в профессиональной деятельности, соблюдает правила информационной безопасности.	Знает: -основные правовые средства защиты информации -особенности российского законодательства по защите персональных данных в области здравоохранения	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: - использовать МИС в своей профессиональной деятельности	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
		ОПК-1.2. Использует современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития	Знает: - Информационные системы в здравоохранении (цели и основные направления применения). Понятие и назначение МИС -Структурно-организационная и функциональная классификация МИС	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: - анализировать и обобщать полученные результаты в практике медицинских исследований, используя современные информационно-коммуникационные технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
		ОПК-1.3 Использует телемедицинские технологии при организации оказания медицинской помощи населению	Знает: -основные направления и возможности современной телемедицины - регламентирующие документы по телемедицине	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: -использовать телемедицинские технологии для проведения консультаций, участия в телеконференции -представление об организации дистанционный мониторинг состояния здоровья пациентов	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания, П-презентация

Профессиональные компетенции

Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания) (описывают составители программы)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Деятельность в сфере информационных технологий	ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	ПК-2.1. Использует современные компьютерные технологии в работе с базами данных	Знает: основные базы данных, электронные библиотеки и др. электронные ресурсы, необходимые для реализации научных проектов, организации исследовательской, проектной и иной деятельности, соответствующей научной области и области профессиональной деятельности	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
		Умеет: – использовать информационные системы в здравоохранении; – применять компьютерные методы обработки данных в медицине.	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ	
		ПК-2.2. Проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	Знает: - основные понятия компьютерных методов обработки медицинских данных: понятия об статистической обработке данных; предварительное преобразование данных для подготовки к дальнейшему анализу с помощью компьютерных технологий.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
		Умеет: - использовать компьютерные методы обработки данных в медицине; - подготавливать данных к анализу для обработки статистическими методами	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ	
		ПК-2.3. Применяет современные компьютерные технологии при представлении результатов новых разработок, учебной и научной деятельности.	Знает: - особенности представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме при работе в российских и международных исследовательских коллективах - презентовать свои разработки широкой научной и профессиональной аудитории.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
		Умеет: -выбирать эффективные и оптимальные формы внедрения результатов исследования в практику; -презентовать свои разработки широкой научной и профессиональной аудитории.	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ	

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания, П-презентация*

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	36	36
Из них:		
Занятия лекционного типа	12	12
Занятия семинарского типа	24	24
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	36	36
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	72	72
часы	72	72
зач. ед.	2	2
Из них на практическую подготовку	30	30

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Раздел 1. Введение в ИТ	2	4	6	12	4
Раздел 2. Процедуры обработки информации	2	4	6	12	4
Раздел 3. Средства обработки информации	2	4	6	12	4
Раздел 4. Защита данных	2	4	6	12	4
Раздел 5. Базы данных	2	4	6	12	6
Раздел 6. Автоматизация обработки данных	2	4	6	12	8
ИТОГО	12	24	36	72	30

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.*

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП* в час.	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия*	Оценочные средства для текущего контроля **
1.	Введение в ИТ.	2	0	Элементы знаний из философии, математики и НИР, необходимые для изучения ИТ. Взаимосвязи ИТ с предшествующими и последующими дисциплинами. Базовые понятия и процедуры ИТ.	УК-1.1. УК-1.3.	мультимедийная аппаратура,	КВ
2.	Процедуры обработки информации	2	0	Поиск, получение, очистка, обработка и передача информации из различных источников. Базовые структуры данных и методы их обработки прикладными программными средствами для решения медицинских задач	ПК-2.2. ПК-2.3.	мультимедийная аппаратура,	КВ
3	Средства обработки информации	2	0	Обзор возможностей Microsoft Office для обработки и структурирования данных. Возможности и ограничения обработки данных текстовыми, графическими и табличными приложениями. Альтернативные приложения	ОПК-1.1. ОПК-1.2 ОПК-1.3.	мультимедийная аппаратура,	КВ, КЗ
4	Правовая и информационная защита данных	2	0	Основные вопросы информационной безопасности, особенности российского законодательства по защите персональных данных применительно к мед. данным	ОПК-1.2.	мультимедийная аппаратура,	КВ
5	Базы данных	2	0	Системы управления базами данных (БД). Нормализация реализационной БД. Правила Кодда и структура базы данных.	ПК-2.1. ПК-2.2.	мультимедийная аппаратура,	КВ, КЗ
6	Автоматизация обработки данных	2	0	Использование программных средств для автоматизации и визуализации данных.	ПК-2.2. ПК-2.3.	мультимедийная аппаратура,	КВ, КЗ
ИТОГО в час.		12	0				

** *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания П-презентация и др.*

4.4. Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП в час.	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля **
Курс 1							
1.	Семинар	Введение в ИТ.	4	2	Система наук и её структура. Повторение знаний из философии, математики и НИР, необходимых для изучения ИТ. Основные понятия и процедуры ИТ ПП: базовые понятия и процедуры Современные ИТ-технологии в здравоохранении	УК-1.1. ОПК-1.1. ПК-2.2.	КВ
2.	Семинар.	Процедуры обработки информации	4	2	Базовые структуры данных и методы их обработки прикладными программными средствами для решения прикладных задач ПП: поиск, получение, очистка, обработка и передача медико-биологической информации.	УК-1.1. УК-1.3 ОПК-1.1.	КВ
3	Практическое занятие	Средства обработки информации	4	2	Практическая работа по поиску, получению, очистке, обработке и передаче информации между различными приложениями ПП: обработка структурированных мед. данных	ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3	КВ, КЗ
4	Семинар.	Правовая и информационная защита данных	4	2	Основные вопросы информационной безопасности, особенности российского законодательства по защите персональных данных применительно к мед. данным ПП: защита медицинских данных	ОПК-1.1. УК-1.1. УК-1.3. ОПК-1.3.	КВ
5	Практическое занятие	Базы данных	4	2	Создание учебного проекта. Разработка структуры и создание базы данных. ПП: База медико-биологических данных	УК-1.1. ПК-2.1.	КВ, КЗ
6	Практическое занятие	Автоматизация обработки данных	4	2	Практика обработки медицинских данных в KNIME ПП: автоматизация производственной деятельности	УК-1.1. УК-1.3. ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3	КВ, КЗ
ИТОГО			24	12			

* **Формы проведения занятий семинарского типа:** семинар, семинар-практикум, практическое занятие

****Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания .

4.5. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	из них на ПП в час.	Содержание самостоятельной работы	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства* для текущего контроля
1	Введение в ИТ.	6	2	Повторение знаний из философии, математики и НИР, необходимых для изучения ИТ. Система наук и её структура. Основные понятия и процедуры ИТ	УК-1.1. ОПК-1.1. ПК-2.2.	КВ
2	Процедуры обработки информации	6	2	Базовые структуры данных и методы их обработки	УК-1.1. УК-1.3 ОПК-1.1.	КВ
3	Средства обработки информации	6	2	Подготовка к практической работа по поиску, получению, очистке, обработке и передаче информации между различными приложениями	ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3	КВ
4	Правовая и информационная защита данных	6	2	Особенности российского законодательства по защите персональных данных применительно к мед. данным	ОПК-1.1. УК-1.1. УК-1.3. ОПК-1.3.	КВ
5	Базы данных	6	2	Создание базы данных в Access	УК-1.1. ПК-2.1.	КЗ
6	Автоматизация обработки данных	6	2	Практика обработки медицинских данных в KNIME	УК-1.1. УК-1.3. ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3	КЗ
ВСЕГО		36	12			

КВ – контрольные вопросы, КЗ - контрольные задачи

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств		
		КВ	ТЗ	КЗ
Текущий контроль	Раздел 1 Введение в ИТ	19	6	1
	Раздел 2 Процедуры обработки информации	20	6	1
	Раздел 3 Средства обработки информации	20	7	2
	Раздел 4 Защита данных	23	7	1
	Раздел 5 Базы данных	14	6	2
	Раздел 6 Автоматизация обработки данных	15	8	2
ВСЕГО		111	40	9

5.2. Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Тестовые задания
УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Тестовые задания
ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	Тестовые задания

5.3. Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет

Этапы проведения промежуточной аттестации:

К промежуточной аттестации допускаются ординаторы, не имеющие задолженностей по занятиям лекционного и семинарского типа и внеаудиторной самостоятельной работе, показавшие положительные вопросы по всем видам текущего контроля: контрольным вопросам, контрольным заданиям и представлением презентаций по темам самостоятельной работы.

Аттестация проводится в виде теста. Тестовая база содержит 100 заданий, из которых случайным образом выбирается 30 заданий, на которые студент должен дать ответ за 30 минут. Тест считается пройденным при правильном ответе на 70% вопросов.

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Типовые контрольные вопросы:

Раздел 1. Введение в ИТ (индикаторы компетенций - УК-1.1., ОПК-1.1., ПК-2.2.)

1. Каково место ИТ в системе наук?
2. Какие основные Задачи и средства ИТ?

Раздел 2. Процедуры обработки информации (индикаторы компетенций - УК-1.1., УК-1.3., ОПК-1.1.)

3. Поиск, получение, очистка, обработка и передача информации
4. Какие вы знаете источники информации?

Раздел 3. Средства обработки информации (компетенции - ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3)

5. Система приложений Microsoft Office: Word, Excel, PowerPoint, Access.
6. Основные возможности и ограничения текстового редактора.
7. Основные возможности и ограничения табличного редактора.
8. Основные возможности и ограничения графического редактора.
9. Основные возможности и ограничения базы данных.
10. Альтернативы Microsoft Office. Их преимущества и недостатки.
11. Глобальные и локальные компьютерные сети. Облачные сервисы.

Раздел 4. Правовая и информационная защита данных (индикаторы компетенций - ОПК-1.1. УК-1.1., УК-1.3., ОПК-1.3.)

12. Электронно-цифровая подпись.

13. Основные правовые средства защиты информации.
14. Особенности российского законодательства по защите персональных данных.
15. Особенности защиты медицинских данных.

Раздел 5. Основы управления базами данных (индикаторы компетенций - УК-1.1., ПК-2.1.)

16. Элементы базы данных.
17. Возможности и ограничения баз данных.
18. Нормализация реляционной БД.
19. Правила Кодда и структура базы данных.
20. Автоматизированное рабочее место врача.

Раздел 6. Технологии автоматизации обработки данных (индикаторы компетенций - УК-1.1., УК-1.3., ПК-2)

21. Понятие предметной области
22. Понятие алгоритма.
23. Разработка алгоритма решения задачи
24. Выбор программных средств
25. Структуры данных
26. Автоматизации обработки данных.
27. Выбор языка программирования.
28. Цикл разработки программы

Типовые контрольные задания:

Примерные перечень контрольных заданий (КЗ) для практических занятий и семинаров (индикаторы компетенций - УК-1.1., УК-1.3., ПК-2.1., ПК-2.2., ПК-2.3., - ОПК-1.1., ОПК-1.2, ОПК-1.3.)

1. Нарисуйте схему взаимосвязи медицины с естествознанием и гуманитарными науками и определите в этой схеме место Информационных технологий. индикаторы компетенций - УК-1.1)
2. Изобразите в виде схемы процесс обработки информации о пациенте. (компетенции - ПК-2.2.)
3. Перечислите известные вам приложения Microsoft Office и опишите сферу применения каждого приложения медицине. (индикаторы компетенций - ОПК-1.1.)
4. Напишите список вредоносных программ, которые вы знаете, и назовите основную опасность каждой из них (индикаторы компетенций - ОПК-1.2.)
5. Изобразите средствами PowerPoint диаграмму Ганта процесса сдачи зачета. (индикаторы компетенций компетенции - ПК-2.3)
6. Создайте в Word структуру основных разделов научной статьи. (индикаторы компетенций - ОПК-1.2.)
7. Создайте в Excel график, имитирующий сердечный ритм. (индикаторы компетенций - ПК-2.3.)
8. Создайте на языке Python скрипт, считающий полное число лет при вводе даты рождения пациента. (индикаторы компетенций и - ПК-2.2.)

Примерный перечень контрольных заданий (КЗ) для самостоятельной работы

(индикаторы компетенций - УК-1.1., УК-1.3., ПК-2.1., ПК-2.2., ПК-2.3., - ОПК-1.1., ОПК-1.2, ОПК-1.3.)

1. Место информационных технологий в системе наук. Понятие об информации и структуре данных, Определение системы и системный подход в ИТ. Процедуры обработки информации: поиск, получение, очистка, обработка и передача информации из различных источников

2. Средства обработки информации. Базовый набор приложений и основные возможности каждого из приложений для обработки данных.
3. Правовая и информационная защита данных. Основные нормативные документы и базовые средства защиты данных.
4. Структура, элементы и основные процедуры управления базами данных.
5. Процедуры подготовки, оформления и публикации: презентаций, докладов, статей.
6. Элементы документооборота. Понятие документа, их виды и маршрута его прохождения. Основные процедуры обработки документов.
7. Технологии автоматизации обработки данных Понятие алгоритмизации задач с помощью программных средств.
8. Применение ИТ в практике медицинских исследований. Основные приложения и программные средства для обработки данных.

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложении №1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

14. Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для

освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (<http://www.multitrans.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

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

Основная литература:

1. Информационные технологии в профессиональной деятельности: учебник / В. П. Омельченко, А. А. Демидова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454992.html>
2. Искусственный интеллект и логические нейронные сети: учеб. пособие / Барский А. Б. - СПб: ИЦ Интермедия, 2019. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785438301554.html>
3. Основы персонализированной медицины: медицина XXI века: омикс-технологии, новые знания, компетенции и инновации / Джайн К. К., Шарипов К. О. - М.: Литтерра, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423503437.html>
4. Информатика, медицинская информатика, статистика: учебник / В. П. Омельченко, А. А. Демидова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459218.html>

Дополнительная литература:

15. Информатика и медицинская статистика / под ред. Г. Н. Царик — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442432.html>
16. Медицинская информатика: учебник / под общ. ред. Т. В. Зарубиной, Б. А. Кобринского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436899.html>
17. Введение в нейронные сети / Барский А. Б. - М.: Национальный Открытый Университет "ИНТУИТ", 2016. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/intuit_060.html
18. Руководство к практическим занятиям по общественному здоровью и здравоохранению (с применением медицинских информационных систем, компьютерных и телемедицинских технологий) / И.Н. Денисов, Д.И. Кича, В.И. Чернов и др. — 2-е изд., испр. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. - Текст: электронный // URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/3038>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по дисциплине «Современные IT-технологии в здравоохранении» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Современные IT-технологии в здравоохранении» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Современные IT-технологии в здравоохранении» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Помещение для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования – укомплектовано специализированной мебелью для хранения оборудования и техническими средствами для его обслуживания.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Современные IT-технологии в здравоохранении» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология, и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Современные IT-технологии в здравоохранении» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«СОВРЕМЕННЫЕ ИТ-ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Специальность ординатуры	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач-оториноларингология»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «СОВРЕМЕННЫЕ IT- ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Раздел 1 Введение в ИТ	УК-1.1., ОПК-1, ПК-2.2.	КВ, КЗ, ТЗ
Раздел 2 Процедуры обработки информации	УК-1.1., УК-1.3., ОПК-1.	КВ, КЗ, ТЗ
Раздел 3 Средства обработки информации	ПК-2.	КВ, КЗ, ТЗ
Раздел 4 Защита данных	УК-1.1., УК-1.3, ОПК-1	КВ, КЗ, ТЗ
Раздел 5 Базы данных	УК-1.1., ПК-2.	КВ, КЗ, ТЗ
Раздел 6 Автоматизация обработки данных	УК-1.1., УК-1.3., ПК-2.	КВ, КЗ, ТЗ

* виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ)

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции (индикаторы достижения компетенций):

УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.

УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности

ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальные компетенции – УК-1.

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Знает методы анализа информации в области медицины и фармации	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: КВ из разделов № 1,2,4, 5, 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет критически оценивать достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Знает методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: КВ из разделов № 2,4, 6 Для промежуточной аттестации:
	Умеет использовать методы и приёмы системного анализа информации в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации:ТЗ

Общепрофессиональные компетенции – ОПК-1.

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-1.1. Использует медицинские информационные системы (МИС) в профессиональной деятельности, соблюдает правила информационной безопасности.	Знает основы структуры медицинских информационных системы (МИС). Знает правила информационной безопасности	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: МИС qMS; КВ из разделов № 2,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет использовать медицинские информационные системы (МИС) в профессиональной деятельности, соблюдает правила информационной безопасности	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: МИС qMS; КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
ОПК-1.2. Использует современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития	Знает , как использовать современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: КВ из раздела 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет использовать современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации:
ОПК-1.3. Использует телемедицинские технологии при организации оказания медицинской помощи населению	Знает основы телемедицинских технологий при организации оказания медицинской помощи населению	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: КВ из раздела 4 Для промежуточной аттестации:
	Умеет использовать телемедицинские технологии при организации оказания медицинской помощи населению	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

Профессиональные компетенции – ПК-2.

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-2.1. Использует современные компьютерные технологии в работе с профессиональными базами данных	Знает устройство современных компьютерных технологий в работе с профессиональными базами данных	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: КВ из раздела 3,5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет использовать современные компьютерные технологии в работе с профессиональными базами данных	Соблюдение алгоритма Соблюдение	Для текущего контроля: КЗ

		технологии	Для промежуточной аттестации: ТЗ
ПК-2.2. Проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	Знает основы статистического анализа данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: КВ из раздела 1, 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет проводить статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
ПК-2.3. Применяет современные компьютерные технологии при представлении результатов новых разработок, учебной и научной деятельности	Знает современные компьютерные технологии для представления результатов новых разработок, учебной и научной деятельности	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: КВ из разд. 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет применять современные компьютерные технологии при представлении результатов новых разработок, учебной и научной деятельности	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Шкала и критерии оценивания результатов для текущего контроля и промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания			
	Собеседование по контрольным вопросам	Выполнение тестовых заданий	Выполнение контрольных заданий	Презентаций в рамках самостоятельной работы
Не зачтено	Неполный ответ (отсутствие ответа) на основной вопрос. Неполный ответ (отсутствие ответа) на уточняющие дополнительные вопросы.	70% и менее	Контрольные задания не зачтены	Тема не раскрыта и выбор источников не обоснован. Выводы не соответствуют практической значимости.
Зачтено	Полный ответ, или правильный ответ на уточняющие вопросы.	71-100%	Контрольные задания зачтены	Степень раскрытия темы достаточная. Обоснованный выбор источников. Требования к оформлению и структуре презентации соблюдены. Выводы соответствуют практической значимости.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Этапы проведения промежуточной аттестации:

К промежуточной аттестации допускаются ординаторы, не имеющие задолженностей по занятиям лекционного и семинарского типа и внеаудиторной самостоятельной работе, показавшие положительные вопросы по всем видам текущего контроля: контрольным вопросам, контрольным заданиям и представлением презентаций по темам самостоятельной работы.

Аттестация проводится в виде теста.

1. Тест включает в себя 25 вопроса из материалов 6 лекций и 6 семинаров.
2. Необходимо выбрать один правильный или один неправильный вариант ответа на вопрос теста.
3. На тест отводится 25 минут.
4. Тест считается пройденным при правильном ответе на 70% вопросов.

Допускается одна попытка сдачи теста.

Результаты берутся по одной попытке.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Перечень контрольных вопросов (КВ) на семинарских и практических занятиях

Тема 1. Введение в ИТ (УК-1.1, ОПК-1.2, ПК-2.2)

1. Как, согласно Артемию Лебедеву, надо строить свою систему знаний?
2. Что включает в себя система мировоззрения?
3. Чем занимаются информационные технологии?
4. Возьмите лист бумаги и нарисуйте структуру системы знаний.
5. Напишите, своими словами, чем занимаются: Философия, Естествознание, Гуманитарные науки, Логика, Математика, ИТ, Медицина, Этика, Право.
6. Критерии проверки логических построений?
7. Сформулируйте собственные примеры достаточного и необходимого условия
8. Придумайте пример высказывания, нарушающий один из законов логики.
9. Чем нечеткая логика Заде отличается от классической логики Аристотеля?
10. Для чего используется ИТ в доказательной медицине?
11. Дайте определение понятия «Система».
12. Добавьте в выбранную систему ресурсы, процессы и продукты.
13. Дайте определение субъекту и объекту.
14. Приведите пример субъекта и объекта для выбранной системы.
15. Опишите уровни доступа субъекта: контроль, влияние, оценка, нет доступа.
16. Чем наука отличается от технологии?
17. Напишите определение модели.
18. Придумайте модель для выбранной системы.
19. Для выбранной модели опишите условия: аналогии, репрезентации, экстраполяции

Тема 2. Процедуры обработки информации (УК-1.1, УК-1.3, ОПК-1)

Нарисуйте схему подсистемы ИТ.

1. Нарисуйте подсистему Информации.
2. Дайте определение понятиям: факт, понятие, документ, данные?
3. Опишите переход от «Явления» к «Сущности».
4. Напишите атрибуты категорий «Явление и сущность».
5. Чем отличается закономерность от закона?
6. Дайте определения понятий «Возможность» и «Действительность»
7. На каких сайтах вы можете осуществлять поиск медицинской информации?
8. Напишите известные вам операторы интернет запросов Google.
9. Расскажите, для чего используются написанные вами операторы поиска
10. Опишите атрибуты категорий «Количество» и «Качество».
11. Нарисуйте схему шкал данных. Приведите примеры шкал
12. Нарисуйте структуру связей в понятие «Данные».
13. Нарисуйте схему очистки данных.
14. Нарисуйте схему верификация данных.
15. Что такое нормальное распределение данных?
16. Напишите формы хранения данных
17. Какие вы знаете типы публикаций данных?
18. Приставки кратных и дольных единиц (Повторение)
19. Греческие буквы (Повторение)

Тема 3. Средства обработки информации (ПК-2)

1. Нарисуйте схему подсистемы ИТ.
2. Что дало изобретение книгопечатания?

3. Нарисуйте схему работы компьютерной сети
4. Что делает операционная система?
5. Какие вы знаете операционные системы?
6. Напишите названия известных вам офисных систем
7. Опишите сходства и различие известных вам офисных систем
8. Напишите основные приложения Microsoft Office
9. Напишите обобщенные названия приложений во всех офисных системах
10. Какова миссия приложения MS Project?
11. Назовите основные отличия языков: R, Python, KNIME, SQL
12. Для чего используются базы данных в медицине?
13. Какие типы баз вы знаете?
14. Что такое нормализация базы данных?
15. Что такое АРМ? Какие документы проходят через АРМ врача?
16. Дайте определение понятия Документ
17. Для чего в медицине используются документы?
18. Для чего в медицине используется приложение Statistica?
19. Как происходит очистка данных? (Повторение)
20. Дайте определение понятия Модель (Повторение)

Тема 4. Правовая и информационная защита данных (ОПК-1.1, УК-1.1, УК-1.3, ОПК-1.3)

1. Дайте определение понятия Право
2. Дайте определение понятия Правопорядок
3. Чем определяется уровень правосознания?
4. Какие вы знаете документы, обеспечивающие защиту авторских прав?
5. Какие пункты включает Статья 146 УК. Нарушение авторских и смежных прав?
6. Какое наказание может быть за неправомерный доступ к компьютерной информации?
7. Какие виды лицензий на ПО вы знаете?
8. Как можно нарушить авторские права?
9. Что такое конфиденциальность?
10. Опишите статьи в Конституции РФ, обеспечивающие защиту конфиденциальности, и свободу слова.
11. Какие требования к защите персональных данных касаются медицины?
12. Дайте определения ИТ понятий: Конфиденциальность, Целостность, Доступность.
13. Дайте определения понятий: Угроза, Уязвимость, Риск.
14. Перечислите известные вам угрозы появляющиеся с помощью ПО
15. Дайте определения понятиям: Идентификация, Аутентификация, Авторизация.
16. Перечислите права доступа в системе безопасности.
17. Для чего используется социальная инженерия?
18. Напишите определения термина Презентация.
19. Какие эмоции вы хотите вызвать в своей презентации?
20. Опишите основные элементы регламента презентации
21. Какие обязательные слайды должны быть в презентации?
22. Для чего и как делают ссылки в презентации?
23. Основные направления и возможности современной телемедицины

Тема 5. Основы управления базами данных (УК-1.1 ПК-2.1)

1. В чем различие проектов в инженерной и управленческой деятельности?
2. Напишите возможный состав рабочей группы от Заказчика проекта

3. Напишите возможный состав рабочей группы от Исполнителя проекта
4. Напишите наименование укрупненных этапов проекта.
5. Нарисуйте основные фазы и этапы проекта
6. Что описывается в РМВОК?
7. Напишите SMART правила формулировки цели (Повторение)
8. Перечислите основные цели проекта ЕГИЗ
9. Нарисуйте схему развития системы
10. Нарисуйте схему АРМ врача и документы, проходящие через АРМ?
11. Какие основные функции выполняет МИС qMS?
12. Какие отделы входят в структуру МИАЦ
13. Нарисуйте и опишите схему подсистем баз данных (Access)
14. Опишите два первых правила нормализации базы данных Эдгара Кодда

Тема 6. Технологии автоматизации обработки данных (УК-1.1, УК-1.3, ПК-2)

1. Напишите определение автоматизации
2. Дайте определение деятельности
3. Нарисуйте основную схему деятельности
4. Какие цели в проекте ставят ученый, инноватор и предприниматель?
5. Чем деятельность ученого отличается от других деятельностей?
6. Критерий, который отделяет истинное от ложного в науке?
7. Нарисуйте схему четырех движущих сил индустриальных революций
8. Как связаны индустриальные революции и революции обучения?
9. Какие вы знаете ценности по Маслоу? (Примеры)
10. Структура сознания и осуществление цели
11. Опишите, когда надо покупать ПО, а когда его дешевле разработать?
12. Дайте определения ИТ понятиям: Тест, Программный код, Интерфейс
13. Какие есть типы языков программирования?
14. Опишите сходство и различие приложений: Python, Statistica и KNIME
15. Нарисуйте алгоритмы обычного программирования и машинного обучения.

Примерные контрольные задания для практических занятий и семинаров (ОПК- 1, ПК-2, УК-1.1, УК-1.2)

1. Нарисуйте схему взаимосвязи медицины с естествознанием и гуманитарными науками и определите в этой схеме место Информационных технологий. (УК-1)
2. Нарисуйте цикл жизни программного объекта. (ОПК-1.2)
3. Перечислите известные вам приложения Microsoft Office и опишите сферу применения каждого приложения медицине. (ОПК-1)
4. Нарисуйте схему устройства компьютера. (ОПК-1.1)
5. Нарисуйте схему подсистем управления баз данных Access. (УК-1.3, ОПК-1.2, ПК-2)
6. Нарисуйте схему подсистем Презентации. (ОПК-1.2, ПК-2)
7. Создайте учебную базу данных «Анализы» (Пример создания БД смотрите на следующих слайдах или видео в Moodle). (ОПК-1.2, ПК-2)
8. Скачайте с Moodle набор данных и выполните самостоятельную работу «Практическое занятие №2 Автоматизация обработки данных» (Описание работы в текущей презентации или смотрите соответствующее видео в Moodle). (ОПК-1.2, ПК-2)

Примерный перечень контрольных заданий (КЗ) для самостоятельной работы (проверяемые компетенции (ОПК- 1, ПК-2, УК-1.1, УК-1.2)

1. Место информационных технологий в системе наук. Понятие об информации и структуре данных, Определение системы и системный подход в ИТ. Процедуры обработки информации: поиск, получение, очистка, обработка и передача информации из различных источников

2. Средства обработки информации. Базовый набор приложений и основные возможности каждого из приложений для обработки данных.

3. Правовая и информационная защита данных. Основные нормативные документы и базовые средства защиты данных.

4. Структура, элементы и основные процедуры управления базами данных.

5. Процедуры подготовки, оформления и публикации: презентаций, докладов, статей.

6. Элементы документооборота. Понятие документа, их виды и маршрута его прохождения. Основные процедуры обработки документов.

7. Технологии автоматизации обработки данных Понятие алгоритмизации задач с помощью программных средств.

8. Применение ИТ в практике медицинских исследований. Основные приложения и программные средства для обработки данных.

Примерные темы презентаций для самостоятельной работы (проверяемые компетенции ОПК- 1, ПК-2, УК-1.1, УК-1.2)

1. Место ИТ в системе наук.

2. Верификация данных.

3. Источники информации и особенности их использования.

4. Сравнение Microsoft Office и его альтернатив.

5. Технические средства защиты информации.

6. Структура научной публикации.

7. Техника устного доклада.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Примерный перечень тестовых заданий (ТЗ) для промежуточной аттестации (ОПК- 1, ПК-2, УК-1.1, УК-1.2)

Нумерованный список знаний умений и навыков необходимых студенту приводится на первой странице паспорта оценочных средств

Список тестовых вопросов:

Правильные ответы выделены жирным шрифтом.

I Введение в ИТ (УК-1.1., ОПК-1.1., ПК-2.2.)

1. Выберите приставку для 10^{-9} (0,000000001)
 - a) пико
 - b) микро
 - c) **нано**
 - d) милли
2. Греческая буква Ξ ξ произносится как
 - a) эта
 - b) хи
 - c) **кси**
 - d) тэта
 - e) ипсилон
3. В процедуры ИТ не входит следующий элемент работы с информацией
 - a) **создание**
 - b) сбор
 - c) обработка
 - d) публикация
 - e) хранение
4. Логика — это
 - a) общественное представление информации
 - b) процедуры создания и обработки данных
 - c) **формализованные правила мышления**
 - d) понимание человеком окружающего мира
 - e) обобщение получаемой информации
5. Технология отличается от науки тем, что технология нацелена на
 - a) поиск новых знаний
 - b) поиск обобщений
 - c) поиск причинно-следственных связей
 - d) **решение практических задач**
 - e) исследование законов природы

II Процедуры обработки информации (УК-1.1., УК-1.3., ОПК-1.1.)

6. Сбор данных — это процедура
 - a) создания и очистки данных
 - b) верификации, очистки и изменения данных
 - c) получения и публикации данных
 - d) придания гласности информации
 - e) **поиска и получения доступа к данным**
7. К законам логики не относится
 - a) Закон тождества
 - b) Закон противоречия
 - c) Закон исключённого третьего
 - d) **Закон недостаточного основания**
8. Выберите определение Информации

- a) логический образ, отражающий общие, существенные моменты явлений
 - b) сведения, как отражение фактов материального или духовного мира**
 - c) данные в формализованном виде
 - d) зафиксированные на материальном носителе данные
 - e) конкретные явления или сущности
9. Выберите определение Данных
- a) сведения, как отражение фактов материального или духовного мира
 - b) логический образ, отражающий общие, существенные моменты явлений
 - c) зафиксированные на материальном носителе данные
 - d) информация в формализованном виде**
 - 1. конкретные явления или сущности
10. Выберите определение для Массива данных
- a) сущность, обладающая идентичностью, состоянием и поведением
 - b) структура, доступ к элементам которой осуществляется по дереву
 - c) структура данных с доступом по индексу**
 - d) неиндексированный набор данных
11. Выберите определение для Иерархии данных
- a) сущность, обладающая идентичностью, состоянием и поведением
 - b) структура, доступ к элементам которой осуществляется по дереву**
 - c) структура данных с доступом по индексу
 - d) неиндексированный набор данных
12. Выберите определение для Объекта данных
- a) структура, доступ к элементам которой осуществляется по дереву
 - b) структура данных с доступом по индексу
 - c) неиндексированный набор данных
 - d) сущность, обладающая: идентичностью, состоянием и поведением**

III Средства обработки информации (ПК-2.)

13. Какой элемент не входит в систему устройства компьютера?
- a) устройство вывода
 - b) база данных**
 - c) внутренняя память
 - d) устройство ввода
 - e) процессор
14. Какой элемент не входит в схему работы компьютерной сети?
- a) клиент
 - b) сервер
 - c) база данных
 - d) процессор**
 - e) пользователь
15. Какая из приведенных систем не является операционной?
- a) Linux
 - b) Windows

- c) **Moodle**
 - d) Android
16. Какая из офисных систем создана позже других?
- a) MS Office
 - b) **Libre Office**
 - c) Open Office
17. Какое приложение не входит Microsoft office
- a) Access
 - b) Visio
 - c) **Writer**
 - d) Outlook
 - e) OneNote
18. Какой пункт не является языком программирования?
- a) KNIME
 - b) R
 - c) **Android**
 - d) Python
19. Какой язык программирования является универсальным?
- a) KNIME
 - b) R
 - c) SQL
 - d) **Python**

IV Защита данных (ОПК-1.1. УК-1.1., УК-1.3., ОПК-1.3.)

20. Выберите наиболее общее определение авторского права
- a) право на распространение
 - b) **право на интеллектуальную собственность**
 - c) право разрешать выпуск произведения
 - d) право на неприкосновенность произведения
21. Чем определяется целостность данных?
- a) **пресечением несанкционированного изменения данных**
 - b) пресечением несанкционированного доступа
 - c) возможностью дифференцированного предоставления прав доступа
 - d) сбалансированностью защиты информации
22. Чем определяется доступность данных?
- a) пресечением несанкционированного изменения данных
 - b) пресечением несанкционированного доступа
 - c) **возможностью дифференцированного предоставления прав к информации**
 - d) сбалансированностью защиты информации
23. Какие документы (законы) не защищают конфиденциальность?
- a) Статья 23 Конституции РФ
 - b) «О персональных данных»
 - c) "О коммерческой тайне"

- d) «Об авторском праве и смежных правах»
 - e) "О государственной тайне"
24. Выберите определение понятия Идентификация
- a) **присвоение пользователю уникального имени**
 - b) предоставление доказательств, что вы на самом деле есть тот, под чьим именем заходите
 - c) проверка прав доступа после входа
 - d) изменение прав доступа
 - e) определение возможностей нарушителей безопасности
25. Выберите определение понятия Аутентификация
- a) присвоение уникального имени пользователю
 - b) **предоставление доказательств, что вы на самом деле есть тот, под чьим именем заходите**
 - c) проверка прав доступа после входа
 - d) изменение прав доступа
 - e) определение возможностей нарушителей безопасности
26. Выберите определение понятия Авторизация
- a) присвоение пользователю уникального имени
 - b) предоставление доказательств, что вы на самом деле есть тот, под чьим именем заходите
 - c) **проверка прав доступа после входа**
 - d) изменение прав доступа
 - e) определение возможностей нарушителей безопасности

V Базы данных (УК-1.1., ПК-2.1.)

27. Проект в инженерной деятельности — это
- a) временная система, направленная на создание уникального продукта, услуги или результата
 - b) **целостная совокупность моделей, свойств или характеристик, описанных в форме, пригодной для реализации системы**
 - c) целостная совокупность моделей, направленная на создание уникального продукта, услуги или результата
 - d) временная система, описанная в форме, пригодной для реализации
28. Проект в управленческой деятельности — это
- a) целостная совокупность моделей, свойств или характеристик, описанных в форме, пригодной для реализации системы
 - b) целостная совокупность моделей, направленная на создание уникального продукта, услуги или результата
 - c) **временная система, направленная на создание уникального продукта, услуги или результата**
 - d) временная система, описанная в форме, пригодной для реализации
29. Какой пункт не входит в SMART критерий определения цели
- a) Измеримая (имеющая метрики)

- b) Интервальная (имеющая начало и конец)
 - c) **Интеллектуальная (поддающаяся осмыслению)**
 - d) Конкретная (однозначно понимаемая)
 - e) Актуальная (необходимая для миссии)
 - f) Достижимая (имеющая ресурсы)
30. Диаграмма Ганта визуально не показывает
- a) время выполнения фаз и этапов проекта
 - b) **экспертизу отношений в проекте**
 - c) оценку выполнения этапов проекта
 - d) наименование фаз и этапов проекта
31. Какое правило не относится к нормализации базы данных Эдгара Кодда?
- a) **Пропущенные значения не кодируются нулем**
 - b) Каждая ячейка содержит только одно значение, зависящее от ключа
 - c) Все повторяющиеся зависимости выносятся в отдельные таблицы
32. В учебной базе данных «Анализ» вы создавали отчет из
- a) таблицы
 - b) формы
 - c) **запроса**
 - d) схемы базы данных

VI Автоматизация обработки данных (УК-1.1., УК-1.3., ПК-2)

33. Выберите определение Алгоритма
- a) последовательность состояний объектов в системе
 - b) последовательность событий в системе
 - c) структура связей объектов в системе
 - d) **конечный порядок действий при решении задачи**
34. Выберите определение Автоматизации
- a) набор взаимосвязанных задач для достижения цели
 - b) конечный порядок действий при решении задачи
 - c) **уменьшение участия человека в рутинной деятельности**
 - d) алгоритм + структура данных
35. Выберите определение Программы
- a) набор взаимосвязанных задач для достижения цели
 - b) **алгоритм + структура данных**
 - c) конечный порядок действий при решении задачи
 - d) уменьшение участия человека в рутинной деятельности
36. Выберите определение Предметной области
- a) алгоритм + структура данных
 - b) набор взаимосвязанных задач для достижения цели
 - c) система программ для управления компьютером
 - d) **модель системы, рассматриваемой в проекте**
37. Критерием истины является
- a) Соглашение

- b) Теория
 - c) **Практика**
38. Выберите определение термина Паттерн
- a) общественное соглашение
 - b) объективная, существенная, необходимая, повторяющаяся связь явлений
 - c) **эффективный способ решения характерных задач**
 - d) мысль, соответствующая объективной действительности
39. Какую цель в проекте ставит ученый?
- a) Поиск паттерна
 - b) **Поиск истины**
 - c) Автоматизация производства
40. Какую цель в проекте ставит инноватор?
- a) Поиск истины
 - b) **Поиск паттерна**
 - c) Автоматизация производства

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Современные IT-технологии в здравоохранении»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)
3.3	Дополнительные методические материалы для обучающихся

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция - в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полтора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;

- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.

- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;

- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);

- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловые вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемым, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь со смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию, формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как теоретика

и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы».

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность «среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать ряд особенных, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую

характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять, на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции, следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общая закономерность и на ее основе подлежит анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разного рода тезисными записями и планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению

лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучаемых.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

- рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;
- методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

- Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

- заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;
- досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;
- самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, самостоятельности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой обучающимся к

данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общих и профессиональных компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

– репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

– активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

– интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

– разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

– максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

– использование бланков документов, инструктивных материалов;

– наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

– чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);

- составление плана текста;
- графическое изображение структуры текста;
- составление электронной презентации;
- конспектирование текста;
- подготовка выписок из текста;
- работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;

- научно-исследовательская работа;
- использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

– работа с конспектом лекций;

– работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);

- составление плана и тезисов ответа;
- составление таблиц для систематизации учебного материала;
- изучение нормативных материалов;
- ответы на контрольные вопросы;
- аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);
- заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;
- подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;
- подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;
- составление резюме;
- написание истории болезни;
- составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

- решение задач и упражнений по образцу;
- решение вариативных задач и упражнений;
- отработка манипуляций;
- выполнение расчетно-графических работ;

- решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;
- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовки каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

3. Составление конспектов

Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

– **плановый**. При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.

– **тематический конспект**, является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.

– **текстуальный конспект**, представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.

– **свободный конспект**, включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;

2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;

3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;

4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

– композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;

– отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;

– язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;

– аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.

2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата (читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, познакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

1) по полноте изложения:

- информативные (рефераты-конспекты);
- индикативные (рефераты-резюме);

2) по количеству реферируемых источников:

- монографические;
- обзорные;

3) по читательскому назначению:

- общие;
- ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;
- специализированные;
- ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.
2. Содержание.
3. Введение.
4. Основная часть.
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, курация больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начало до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;
- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздкие, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишённого эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределённо-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылкам на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объём заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объём работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объём могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объём не включаются.*

Цвет шрифта – чёрный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, чёрного цвета, одинаковым по всему объёму текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нем не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела, разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела, 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается**:

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак «Ø» для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например > (больше), < (меньше), = (равно), ≤ (меньше или равно), ≥ (больше или равно), ≠ (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставится неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не умещается в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;
- перед скобками и после них: (a+b)(d+c);

Косой крест (x) в качестве знака умножения ставится:

- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1). Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзацного отступа.

Например:

$$W=wgkc, \quad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;

k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;

c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;

– цитирование должно быть полным, без искажения смысла;

– пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

- Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);
- указы Президента РФ (в той же последовательности);
- постановления Правительства РФ (в той же очередности);
- иные нормативные правовые акты;
- иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);
- монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);
- иностранная литература;
- интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует

начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

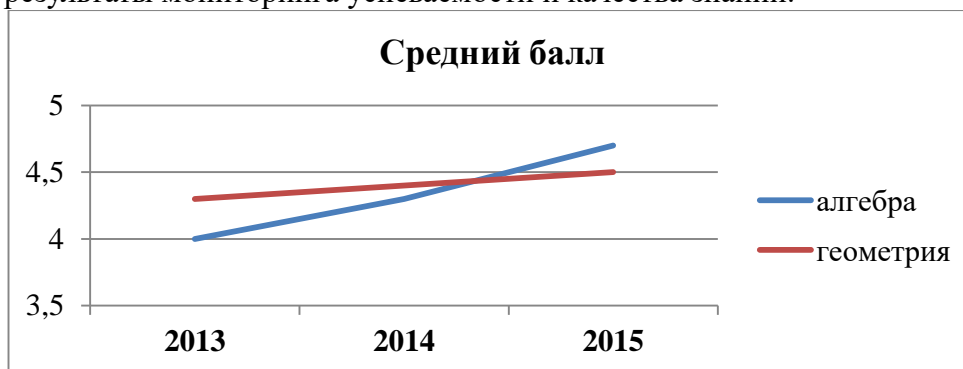


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвелярную группы пучков волокон (Рис. 5).

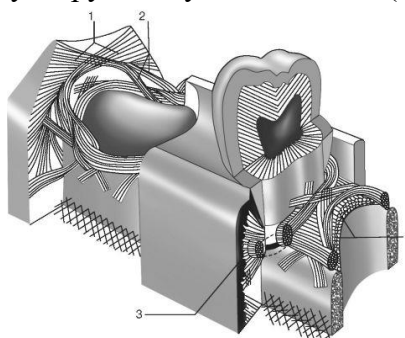


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно наружу в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование направленности)
Факультет	Факультет подготовки кадров высшей квалификации (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра организации, управления и экономики здравоохранения (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1
Занятия лекционного типа	2 час.
Занятия семинарского типа	16 час.
Всего аудиторной работы	18 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	54 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/2 (час. /зач. ед.)

Рабочая программа «Медицина чрезвычайных ситуаций» дисциплины разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 99 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Ищук Татьяна Николаевна	к.м.н.	Доцент кафедры организации, управления и экономики здравоохранения	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Овечкина Мария Андреевна	к.м.н.	Заведующий учебно-методическим отделом Центра развития образовательной среды ИМО	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры организации, управления и экономики здравоохранения «21» марта 2022 г., протокол № 1.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины:

Целью изучения дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» является подготовка высококвалифицированного врача, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного к организации оказания медицинской помощи при возникновении массовых поражений среди населения в условиях чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера мирного времени.

Задачи изучения дисциплины:

- 1) изучение основных положений нормативных документов по организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;
- 2) изучение задач и организационную структуру Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК);
- 3) формирование навыков по организации и порядку проведения эвакуации населения;
- 4) изучение основ организации лечебно-эвакуационного обеспечения при возникновении массовых санитарных потерь в результате чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;
- 5) изучение характеристики очагов, создаваемых токсичными химическими веществами радиоактивными веществами в районах чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера;
- 6) изучение клиники и лечения поражений токсичными химическими веществами и ионизирующими излучениями;
- 7) изучение способов и средств защиты населения, больных, медицинского персонала и имущества медицинских учреждений при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера; коллективные и индивидуальные средства защиты, порядок их использования;
- 8) изучение медицинских средств профилактики, оказания медицинской помощи и лечения поражений ионизирующими излучениями, токсичными веществами и бактериальными средами;
- 9) изучение основ оценки химической и радиационной обстановки;
- 10) формирование навыков организации проведения специальной обработки населения, территории, продуктов питания, воды;
- 11) освоение процессов планирование основных мероприятий по защите населения, больных, медицинского персонала и имущества от поражающих факторов чрезвычайных ситуациях мирного времени;
- 12) приобретение навыков оценки радиационной и химической обстановки;

- 13) приобретение навыков использования медицинских средства защиты;
- 14) формирование умений планировать санитарно-гигиенические и противоэпидемические мероприятия в очагах поражения;
- 15) приобретение навыков организации обучения правилам оказания первой помощи и доврачебной помощи при актуальных видах поражения при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;
- 16) изучение методов диагностики и алгоритмов оказания первой помощи при клинической смерти, острых нарушениях проходимости верхних дыхательных путей, наружном кровотечении, скелетной, ожоговой, электро и холодовой травме, судорожном синдроме и острых отравлениях;
- 17) освоение навыков проведения сердечно-легочной реанимации при внезапной остановке кровообращения;
- 18) освоение навыков оказания первой медицинской помощи пострадавшим при клинической смерти, острых нарушениях проходимости верхних дыхательных путей, наружном кровотечении, скелетной, ожоговой, электро и холодовой травме, судорожном синдроме и острых отравлениях.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Медицина чрезвычайных ситуаций» относится к обязательной части Блока 1 «Дисциплины (модули)» учебного плана по специальности 31.08.58

Оториноларингология.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами:

- учебного плана основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело;
- «Обучающего симуляционного курса» специальности 31.08.58 Оториноларингология.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции –УК-1.

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Знает: - методы системного анализа и синтеза	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
			Умеет: - находить и обрабатывать и передавать информацию , анализировать и прогнозировать причинно-следственные связи предметов и процессов	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания

Общепрофессиональные компетенции – ОПК-10.

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)	Знает: -особенности организации оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях; -организацию лечебно-эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; -методы организации и проведения радиационной и химической разведки и контроля; -эпидемиологию инфекционных, паразитарных заболеваний, осуществление противоэпидемических мероприятий, защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

			<p>бедствиях - санитарно-гигиенические требования к устройству, организации и режиму работы инфекционных больниц, отделений, полных боксов, полубоксов и боксированных палат особенности сбора высокопатогенных биологических материалов;</p> <ul style="list-style-type: none"> - меры индивидуальной и групповой защиты; - осуществление специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний; <p>Порядок оказания различных видов медицинской помощи пораженным в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени □□□ основные принципы оказания первой медицинской помощи: виды травм, ранений и способы их лечения;</p> <ul style="list-style-type: none"> - алгоритмы оказания первой медицинской помощи; - алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации, - средства оказания первой медицинской помощи 	
			<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> -организовывать оказание первичной врачебной и специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной высокотехнологичной медицинской помощи пораженному населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; - оценивать химическую и радиационную обстановку; - организовывать проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятия в очагах поражения - оказывать первую помощь при клинической смерти, острых нарушениях проходимости верхних дыхательных путей, наружном кровотечении, скелетной, ожоговой, электро и холодовой травме 	<p>Для текущего контроля: КВ, ТЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ</p>

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания*

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	18	18
Из них:		
Занятия лекционного типа	2	2
Занятия семинарского типа	16	16
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	54	54
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	72	72
часы	2	2
зач. ед.		
Из них на практическую подготовку	30	30

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в % либо в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Раздел 1. Единая Государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций в РФ (РСЧС). Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК)	2	–	2	4	1
Раздел 2. Тема 2. Задачи, структура службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях	–	2	2	4	2
Раздел 2. Тема 2. Гражданская оборона Российской Федерации. Медицинские силы гражданской обороны здравоохранения Российской Федерации.	–	2	2	4	2
Раздел 2. Тема 3. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций	–	6	6	12	6

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в % либо в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
природного и техногенного характера. Основные принципы и способы защиты населения в чрезвычайных ситуациях					
Раздел 2. Тема 4. Основы организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени	–	4	3	7	3
Раздел 2. Тема 5. Организация работы медицинских формирований и организаций в различных режимах функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и гражданской обороны	–	2	3	5	2
Подготовка реферата по заданной теме	–	–	36	36	14
ИТОГО в час.	2	16	54	72	30

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 50% от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и 40% от занятий самостоятельной работы.

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 1							
Раздел 1.							
1.	Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера	2	0	<p>Задачи, принципы построения и функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.</p> <p>Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций.</p> <p>Место, роль и задачи в Единой государственной системе предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) Министерства здравоохранения РФ.</p> <p>Режимы функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС).</p> <p>Силы и средства Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) и их задачи.</p> <p>Силы и средства наблюдения и контроля Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС).</p> <p>Силы и средства ликвидации чрезвычайной ситуации Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС).</p>	УК-1.1, ОПК-10.2.	Мультимедийная презентация	КВ,ТЗ

				Аварийно-спасательная служба. Статус спасателя и приравненных категорий. Медицинская реабилитация пострадавших спасателей.			
ИТОГО		2	0				

* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания*

4.4. Тематический план занятий семинарского типа – практические занятия

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП ** (% или час.)	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1							
Раздел 2.							
Тема 3.	Практическое занятие	Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. Основные принципы и способы защиты населения в чрезвычайных ситуациях	4	50%	<p>Чрезвычайная ситуация – понятие, терминология. Классификация чрезвычайных ситуаций.</p> <p>Медико-тактическая характеристика очагов, возникающих при авариях и катастрофах на химически-опасных объектах экономики.</p> <p>Аварии и катастрофы, связанные с использованием или воздействием химических веществ.</p> <p>Медико-тактическая характеристика химических очагов при возможных авариях и катастрофах.</p> <p>Краткая характеристика аварийно-опасных химических веществ, формирующих очаги химических аварий.</p> <p>Оценка химической обстановки.</p> <p>Особенности организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий химических аварий.</p> <p>Медико-тактическая характеристика очагов радиационного поражения при возможных авариях.</p> <p>Краткая характеристика радиационных аварий.</p> <p>Классификация и фазы протекания радиационных аварий.</p> <p>Оценка радиационной обстановки.</p> <p>Медико-тактическая характеристика очага радиационной аварии.</p>	ОПК-10.2.	Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя

Тема 4.	Практическое занятие	Основы организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени	2	50%	<p>Особенности организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий радиационных аварий.</p> <p>Условия, влияющие на организацию системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения РФ в результате ЧС</p> <p>Сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения</p> <p>Организация лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС</p> <p>Виды медицинской помощи, оказываемые пострадавшим в ЧС</p> <p>Организация работы этапов медицинской эвакуации в зоне ЧС</p> <p>Основы медицинской сортировки пораженных в условиях ЧС</p> <p>Организация медицинской эвакуации пораженных из зоны ЧС. Подготовка пораженных к эвакуации. Понятие нетранспортабельности</p>	ОПК-10.2.	Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя.
Тема 5.	Практическое занятие	Организация работы медицинских формирований и организаций в различных режимах функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и гражданской обороны	2		<p>Исходные данные для планирования</p> <p>Организация разработки «Плана действий медицинской организации»</p> <p>Подготовка медицинской организации к массовому приему пораженных из зоны ЧС</p> <p>Подготовка медицинской организации к массовому приему пораженных из очага опасных химических веществ (ОХВ) и боевых отравляющих веществ (БОВ)</p> <p>Подготовка медицинской организации к массовому приему пораженных из очага радиационной аварии</p> <p>Организация массового приема инфекционных и подозрительных на инфекционное заболевание больных</p> <p>Организация массового приема инфекционных и подозрительных на инфекционное заболевание больных</p> <p>Организация работы медицинской организации при угрозе террористического акта.</p>	ОПК-10.2.	. Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя

ИТОГО в час.	8	4				
---------------------	----------	----------	--	--	--	--

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

4.5. Тематический план занятий семинарского типа - семинары

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП ** (% или час.)	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1							
Раздел 2.							
Тема 1.	Семинар-практикум	Задачи, структура службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях	2	50%	Задачи, структура службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях. Организация Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК). Организационная структура ВСМК. Органы управления ВСМК. Комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности. Организационная структура (формирования и учреждения) службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации. Режимы функционирования ВСМК.	УК-1.1, ОПК-10.2.	Составление конспектов, самостоятельная работа, обсуждение ситуационных задач по видеоматериалам, ответы на контрольные вопросы
Тема 2.	Семинар-практикум	Гражданская оборона Российской Федерации.	2	50%	Гражданская оборона, ее организационная структура, роль и место в общей системе национальной безопасности Российской Федерации Задачи гражданской обороны	УК-1.1, ОПК-10.2.	Составление конспектов, самостоятельная работа,

Тема 3.	Семинар-практикум	<p>Медицинские силы гражданской обороны здравоохранения Российской Федерации.</p> <p>Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. Основные принципы и способы защиты населения в чрезвычайных ситуациях</p>	2	50%	<p>Силы гражданской обороны Медицинские формирования гражданской обороны здравоохранения Задачи и организационная структура медицинских формирований гражданской обороны здравоохранения Медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий гражданской обороны Медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий гражданской обороны в мирное время Медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий гражданской обороны при переводе на военное положение (при угрозе нападения противника) Медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий гражданской обороны после нападения противника Лечебно-эвакуационное обеспечение пораженного населения в системе гражданской обороны Российской Федерации Сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения Виды медицинской помощи, оказываемые пострадавшим в очагах поражения при ведении спасательных работ Лечебно-эвакуационное обеспечение пораженного населения в системе гражданской обороны Российской Федерации Чрезвычайная ситуация – понятие, терминология. Классификация чрезвычайных ситуаций. Медико-тактическая характеристика очагов, возникающих при авариях и катастрофах на химически-опасных объектах экономики. Аварии и катастрофы, связанные с использованием или воздействием химических веществ. Медико-тактическая характеристика химических очагов при возможных авариях и катастрофах. Краткая характеристика аварийно-опасных химических веществ, формирующих очаги химических аварий. Оценка химической обстановки. Особенности организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий химических аварий. Медико-тактическая характеристика очагов радиационного поражения при возможных авариях.</p>	ОПК-10.2.	<p>обсуждение ситуационных задач по видеоматериалам, ответы на контрольные вопросы</p> <p>Составление конспектов, самостоятельная работа, обсуждение ситуационных задач по видеоматериалам, ответы на контрольные вопросы</p>
---------	-------------------	---	---	-----	--	-----------	---

					<p>Краткая характеристика радиационных аварий. Классификация и фазы протекания радиационных аварий. Оценка радиационной обстановки. Медико-тактическая характеристика очага радиационной аварии. Особенности организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий радиационных аварий.</p>		
Тема 4.	Семинар-практикум	Основы организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени	1	50%	<p>Условия, влияющие на организацию системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения РФ в результате ЧС Сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС Организация лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС Виды медицинской помощи, оказываемые пострадавшим в ЧС Организация работы этапов медицинской эвакуации в зоне ЧС Основы медицинской сортировки пораженных в условиях ЧС Организация медицинской эвакуации пораженных из зоны ЧС. Подготовка пораженных к эвакуации. Понятие нетранспортабельности</p>	ОПК-10.2.	Решение задач. Мультимедийная проекция презентаций. Устные и письменные ответы.
Тема 5.	Семинар-практикум	Организация работы медицинских формирований и организаций в различных режимах функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного	1	50%	<p>Исходные данные для планирования Организация разработки «Плана действий медицинской организации» Подготовка медицинской организации к массовому приему пораженных из зоны ЧС Подготовка медицинской организации к массовому приему пораженных из очага опасных химических веществ (ОХВ) и боевых отравляющих веществ (БОВ) Подготовка медицинской организации к массовому приему пораженных из очага радиационной аварии Организация массового приема инфекционных и подозрительных на инфекционное заболевание больных Организация массового приема инфекционных и подозрительных на инфекционное заболевание больных Организация работы медицинской организации при угрозе террористического акта.</p>	ОПК-10.2.	Решение задач. Мультимедийная проекция презентаций. Устные и письменные ответы.

		характера и гражданской обороны					
ИТОГО в час.			8	4			

* **Формы проведения занятий семинарского типа:** семинар, семинар-практикум, практическое занятие

****Практическая подготовка (ПП)** - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.

*** **Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, П-презентация.

4.6. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	из них на ПП **(% или час.)	Формируемые индикаторы компетенций
1.	Раздел 1. Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера	2	40%	УК-1.1, ОПК-10.2.
2.	Раздел 2. Тема 1. Задачи, структура службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях	2	40%	УК-1.1, ОПК-10.2.
3.	Раздел 2. Тема 2. Гражданская оборона Российской Федерации. Медицинские силы гражданской обороны здравоохранения Российской Федерации	2	40%	УК-1.1, ОПК-10.2.
4.	Раздел 2. Тема 3. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. Основные принципы и способы защиты населения в чрезвычайных ситуациях	6	40%	ОПК-10.2.
5.	Раздел 2. Тема 4. Основы организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени	3	40%	ОПК-10.2.
6.	Раздел 2. Тема 5. Организация работы медицинских формирований и организаций в различных режимах функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и гражданской обороны.	3	40%	ОПК-10.2.
7.	Подготовка реферата по заданной теме.	36	40%	УК-1.1, ОПК-10.2.
ИТОГО в час.		54	22	

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.*

***Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания*

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств		
		Виды	КВ	ТЗ
Текущий контроль	Раздел 1. Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера	КВ, ТЗ	12	17
	Раздел 2. Тема 1. Задачи, структура службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях	КВ, ТЗ	11	29
	Раздел 2. Тема 2 Гражданская оборона Российской Федерации. Медицинские силы гражданской обороны здравоохранения Российской Федерации.	КВ, ТЗ	18	13
	Раздел 2. Тема 3 Медико-тактическая характеристика	КВ, ТЗ	16	31

	чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. Основные принципы и способы защиты населения в чрезвычайных ситуациях			
	Раздел 2. Тема 4. Основы организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени	КВ, ТЗ	12	33
	Раздел 2. Тема 5. Организация работы медицинских формирований и организаций в различных режимах функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и гражданской обороны.	КВ, ТЗ	8	10
ИТОГО		КВ, ТЗ	77	133

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

«Не зачтено» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.
«Зачтено» - ответ практически полный. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

Критерии выполнения тестовых заданий:

- менее 70% правильных ответов – «не зачтено»
- 71-100% правильных ответов – «зачтено»

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-1.1	КВ, ТЗ
ОПК-10.2	КВ, ТЗ

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы,

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые индикаторы компетенции
1	Тестирование	ТЗ	УК-1.1, ОПК-10.2
2	Собеседование	КВ	УК-1.1, ОПК-10.2

–

– Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации:

Оценка	Вид задания	
	Собеседование по контр. вопросам	Выполнение тестовых заданий
Незачтено	Демонстрация отсутствия знаний. Пространное изложение содержания сути заданного вопроса. Не сформированы знания и умения.	70% и менее
Зачтено	Демонстрирует хорошие знания по заданному вопросу и умение отвечать на вопросы. Более, чем на 30% успешные ответы на	Более 70%

	вопросы.	
--	----------	--

5.4 Примеры типовых оценочных средств для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции / индикаторы достижения компетенции
КВ	<ol style="list-style-type: none"> 1. Этап медицинской эвакуации: определение. 2. Действия в случае, если вы оказались в завале; при этом ранены (получили травму). 3. Действия в случае, если вы оказались в завале и нет возможности выбраться. 4. Первая, доврачебная и врачебная специализированная помощь при общем переохлаждении (в зависимости от стадий). 5. Действия при угрозе радиационного поражения. 6. Первая, доврачебная и врачебная специализированная помощь при отморожении (в зависимости от стадий). 7. Перечислить способы временной остановки наружного кровотечения 	УК-1.1, ОПК-10.2
ТЗ	<p>Функциональная подсистема РСЧС:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) создается общественными организациями; б) создается федеральными органами исполнительной власти в министерствах, ведомствах и агентствах Российской Федерации; в) создается международными организациями; г) создается главными руководителями лечебных учреждений. 	УК-1.1
ТЗ	<p>Виды объектов здравоохранения, относящиеся к медицине катастроф (укажите все правильные ответы):</p> <ol style="list-style-type: none"> а) склады медицинского имущества; б) медицинские организации лечебно-профилактического профиля; в) медицинские организации санитарно-противоэпидемического профиля; г) станции переливания крови; д) образовательные и научно-исследовательские организации. <p>лечебно-профилактическими учреждениями</p>	УК-1.1
ТЗ	<p>Наиболее вероятная патология при аварии на ЯЭУ:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) ионизирующая радиация; б) радиационные ожоги; в) механические, термические травмы, лучевые поражения, реактивные состояния; г) ослепление, лучевая болезнь травмы; д) ранения вторичными снарядами, синдром длительного сдавления, ожоги, заражение РВ. 	ОПК-10.2.
ТЗ	<p>К быстродействующим АХОВ относятся:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) хлор, аммиак, синильная кислота; б) фосген, аммиак, хлор; в) акрилонитрил, окислы азота, окись углерода, аммиак; г) диоксин, хлорацетоцетон, динитрофенол; д) фосген, хлор, диоксин. 	ОПК-10.2.
ТЗ	<p>По эвакуационному признаку среди пораженных не выделяют группу:</p> <ol style="list-style-type: none"> а) подлежащих эвакуации; б) подлежащих оставлению на данном этапе медицинской эвакуации временно или до окончательного исхода (по тяжести состояния); в) подлежащих возвращению по месту жительства для амбулаторно-поликлинического наблюдения участкового врача и лечения; г) подлежащих возвращению в строй. 	ОПК-10.2.

*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложении № 1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1. Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран
(<http://www.multitran.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)
Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)
Министерство здравоохранения Российской Федерации
(www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)
КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)
Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

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

Основная литература:

1. Медицинское обеспечение населения в чрезвычайных ситуациях: учебное пособие / А. И. Лобанов, П. В. Авитисов, Н. Л. Белова, А. В. Золотухин. - 2-е изд. (эл.). - М.: Рос. гос. гуманитарн. ун-т, 2019. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785728124917.html>
2. Эпидемиология чрезвычайных ситуаций: Учебное пособие / под ред. Н.И. Брико, Г.Г. Онищенко. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2020. - Режим доступа: <https://www.medlib.ru/library/library/books/38338>
3. Первая помощь и медицинские знания: практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html>
4. Медицина катастроф / И. В. Рогозина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451625.html>

Дополнительная литература:

1. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации: метод. рек. / С. Ф. Багненко и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434215.html>
2. Неотложная доврачебная медицинская помощь: учеб. пособие / И. М. Красильникова, Е. Г. Моисеева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427637.html>
3. Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутя, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447420.html>
4. Воздушно-капельные инфекции. Стандарты медицинской помощи / сост. А. С. Дементьев, Н. И. Журавлева, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438251.html>
5. Медицина чрезвычайных ситуаций (организационные основы): учебник / И.М. Чиж, С.Н. Русанов, Н.В. Третьяков. [и др.]. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. - Режим доступа: <https://www.medlib.ru/library/library/books/4049>
6. Медицина чрезвычайных ситуаций: учебник / Гаркави А. В., Кавалерский Г. М. [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447192.html>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций» соответствует требованиям ФГОС ВО - программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра

обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
– к рабочей программе по дисциплине
– **«МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»**

Специальность ординатуры:	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач- оториноларинголог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**
по дисциплине «МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие индикаторы достижения компетенций: УК-1.2, ОПК-10.2

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальная компетенции – УК-1

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Знает: - методы системного анализа и синтеза	Демонстрация знаний области методов системного анализа	Для текущего контроля: КВ (Раздел 1. № 1-12; Раздел 2. № 18-77) и ТЗ (Раздел 1. № 1-17 Раздел 2. № 18-133) Для промежуточной аттестации: КВ,ТЗ
	Умеет: - находить и обрабатывать и передавать информацию, анализировать и прогнозировать причинно-следственные связи предметов и процессов	Способность эффективно отбирать и систематизировать необходимую информацию и анализировать причинно-следственные связи предметов и процессов	Для текущего контроля: КВ (Раздел 1. № 1-12; Раздел 2. № 18-77) и ТЗ (Раздел 1. № 1-17 Раздел 2. № 18-133) Для промежуточной аттестации: КВ,ТЗ

Универсальная компетенции – ОПК-10

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания))	Знает: особенности организации оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях; организации лечебно-эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; методах организации и проведения радиационной и химической разведки и контроля, эпидемиологию инфекционных, паразитарных заболеваний, осуществления противоэпидемических мероприятий, защиты населения в очагах особо опасных инфекций.	Демонстрация знаний в области порядка оказания различных видов медицинской помощи пораженным в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; способах и средствах защиты пациентов, медицинского персонала и имущества медицинских организаций в чрезвычайных ситуациях.	Для текущего контроля: КВ (Раздел 1. № 1-12; Раздел 2. № 18-77) и ТЗ (Раздел 1. № 1-17 Раздел 2. № 18-133) Для промежуточной аттестации: КВ,ТЗ

	Умеет: Использовать средства индивидуальной и групповой защиты и помощи пострадавшим ; осуществлять специфические и неспецифические профилактические методы инфекционных заболеваний, организовывать оказания первичной врачебной и специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной высокотехнологичной медицинской помощи пораженному населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; организовывать проведения санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятия в очагах поражения.	Соблюдение законов и правил организации оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях, нормам, приказам и стандартам.	Для текущего контроля: КВ (Раздел 1. № 1-12; Раздел 2. № 18-77) и ТЗ (Раздел 1. № 1-17 Раздел 2. № 18-133) Для промежуточной аттестации: КВ и ТЗ
--	--	--	--

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле:

Вид задания по темам/разделам	Требует повторного контроля	Тема (раздел) зачтен
тестирование	Менее 70% правильных ответов	Не менее 70% правильных ответов
собеседование	Не сформированы знания и умения	Более, чем на 30% успешные ответы на вопросы.

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

«Не зачтено» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.

«Зачтено - ответ практически полный. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции и их индикаторы
Промежуточная аттестация № 2			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК. 1.1, ОПК-10.2
2 этап	собеседование	КВ	УК. 1.1, ОПК-10.2

– Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации:

Оценка	Вид задания	
	Собеседование по контр. вопросам	Выполнение тестовых заданий
Незачтено	Демонстрация отсутствия знаний. Пространное изложение содержания сути заданного вопроса. Не сформированы знания и умения	70% и менее
Зачтено	Демонстрирует знания по заданному вопросу и умение отвечать на вопросы. Более, чем на	Более 71%

30% успешные ответы на вопросы.

Критерии оценки сформированности компетенции на текущем этапе обучения

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
УК-1.1	
Компетенция (часть) не сформирована	Демонстрирует отсутствие знаний в области методов системного анализа и синтеза Не может выявить причинно-следственные связи предметов и процессов Не владеет навыками сбора, обработки и передачи информации
Компетенция (часть) сформирована	Демонстрирует хорошие знания в области методов системного анализа и синтеза Уверенно находит, анализирует причинно-следственные связи предметов и процессов Владеет навыками сбора, обработки и передачи информации
ОПК-10.2	
Компетенция (часть) не сформирована	Демонстрирует отсутствие знаний в области особенностей организации оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях; организации лечебно-эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; методах организации и проведения радиационной и химической разведки и контроля. Не ориентируется сортировке пораженных лиц при чрезвычайных ситуациях; средствах защиты. Не владеет методами оценки медико-тактической обстановки в очагах поражения
Компетенция (часть) сформирована	Демонстрирует хорошие знания в области эпидемиологии инфекционных, паразитарных заболеваний, осуществления противоэпидемических мероприятий, защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях, Способен к организации оказания медицинской помощи в чрезвычайных ситуациях; организации лечебно-эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; методах организации и проведения радиационной и химической разведки и контроля. Ориентируется сортировке пораженных лиц при чрезвычайных ситуациях; средствах защиты. Свободно и правильно владеет методами оценки медико-тактической обстановки в очагах поражения.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Раздел 1. Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера

Контрольные вопросы

Проверяемые индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

1. Назовите задачи Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций?
2. Перечислите принципы построения и функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций?
3. Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций?
4. Определите место и роль в Единой государственной системе предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) Министерства здравоохранения РФ?
5. Назовите задачи Министерства здравоохранения РФ в Единой государственной системе предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС)
6. Перечислите режимы функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС)?
7. Назовите силы и средства Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) и их задачи?
8. Какие силы и средства наблюдения и контроля Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) вы знаете?
9. Перечислите силы и средства ликвидации чрезвычайной ситуации Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС)?
10. Что такое аварийно-спасательная служба?
11. Как вы понимаете статус спасателя и приравненных категорий?
12. Что такое медицинская реабилитация пострадавших спасателей?

Тестовые задания

Проверяемые индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

Эталоны ответов в конце приложения

1. Для предупреждения ЧС, обеспечения безопасности жизнедеятельности населения и уменьшения ущерба народному хозяйству, а в случае их возникновения – для ликвидации последствий в стране создана:
 - а) система спасения на земле, воде, воздухе;
 - б) Государственная система спасения при пожарах, наводнениях, смерчах и техногенных катастрофах;
 - в) Единая государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций;
 - г) общая система органов управления субъектов РФ.
2. Задачами РСЧС, являются все, кроме одной:
 - а) разработка и реализация правовых и экономических норм по обеспечению защиты

населения и территорий от ЧС;

б) прогнозирование и оценка социально-экономических последствий ЧС;

в) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС;

г) социальная защита населения, пострадавшего от ЧС;

д) своевременное и эффективное оказание всех видов медицинской помощи населению в ЧС.

3. Силы и средства РСЧС, кроме одного:

а) Центроспас;

б) поисково-спасательная служба;

в) центр специального назначения;

г) авиация МЧС;

д) гражданская авиация.

4. Выберите режимы функционирования РСЧС (укажите все правильные ответы):

а) режим повседневной деятельности;

б) режим повышенной готовности;

в) режим чрезвычайной ситуации;

г) проведение неотложных работ;

д) проведение эвакуационных мероприятий.

5. Укажите основной закон регулирующий работу органов управления, сил и средств федеральных органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления и организаций, в полномочия которых входит решение вопросов по защите населения и территорий от ЧС:

а) Постановление Правительства РФ от 23.11.1996 г., № 1396 «О реорганизации штабов по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям»;

б) Постановление Правительства РФ от 03.08.1996 г., № 924 «О силах и средствах Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций»;

в) Постановление Правительства РФ от 24.07.1995 г., № 738 «О порядке подготовки населения в области защиты от чрезвычайных ситуаций»;

г) Федеральный закон от 21.12.1994 г., № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера».

6. Выберите правильную формулировку задач РСЧС «осуществление государственной...»:

а) задачи по предупреждению ЧС и повышению устойчивости функционирования организаций, а также объектов социального назначения в ЧС;

б) экспертизы, надзора и контроля в области защиты населения и территорий от ЧС;

в) программы по подготовки населения к действиям в ЧС;

г) социальной защиты населения, пострадавшего от ЧС, проведение гуманитарных акций.

7. Какая из приведенных здесь задач РСЧС лишняя:

а) уничтожение запасов химического, радиационного и биологического оружия;

б) сбор, обработка, обмен и выдача информации в области защиты населения и территорий от ЧС;

в) осуществление мероприятий по социальной защите населения, пострадавшего от ЧС, проведение гуманитарных акций;

г) проведение мероприятий, направленных на предупреждение ЧС и повышение устойчивости функционирования организаций, а также объектов социального назначения в ЧС.

8. Продолжите утверждение «реализация мероприятий по защите населения и территорий от

ЧС»:

- а) является обязательной функцией федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации, органов местного самоуправления, а также предприятий, учреждений и организаций независимо от их организационно-правовых форм и форм собственности;
- б) является обязательной функцией международных организаций (ВОЗ, НАТО, Совет Европы, ЮНЕСКО);
- в) осуществляется с учетом разделения предметов ведения, полномочий и ответственности между федеральными органами исполнительной власти, органами исполнительной власти субъектов Российской Федерации и органами местного самоуправления;
- г) является обязательной функцией МО РФ.

9. Какое постановление Правительства РФ регулирует деятельность территориальных и функциональных подсистем РСЧС:

- а) Постановление Правительства Российской Федерации от 3 мая 1994 г. № 420 «О защите жизни и здоровья населения Российской Федерации при возникновении и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций, вызванных стихийными бедствиями, авариями и катастрофами»;
- б) Постановление Правительства Российской Федерации от 30 декабря 2003 г. № 794 «О единой государственной системе предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций».

10. Функциональная подсистема РСЧС:

- а) создается общественными организациями;
- б) создается федеральными органами исполнительной власти в министерствах, ведомствах и агентствах Российской Федерации;
- в) создается международными организациями;
- г) создается главными руководителями лечебных учреждений.

11. РСЧС имеет уровни управления территориальной подсистемой:

- а) межрегиональный, автономный, краевой, областной, районный;
- б) федеральный, региональный, территориальный, местный, объектовый;
- в) северо-западный, центральный, южный, приволжский, уральский, сибирский, дальневосточный;
- г) федеральный, межрегиональный, региональный, муниципальный, локальный (объектовый).

12. Общее руководство РСЧС осуществляет:

- а) президент;
- б) министр по делам ГО и ЧС;
- в) председатель правительства;
- г) министр внутренних дел;
- д) министр обороны.

13. Продолжите формулировку «в режиме повседневной деятельности осуществляется наблюдение и контроль за...»

- а) состоянием окружающей природной среды, обстановкой на потенциально опасных объектах и на прилегающих к ним территориях;
- б) поддержанием в готовности сил и средств ликвидации последствий ЧС;
- в) резервами финансовых и материально-технических ресурсов для ликвидации ЧС природного и техногенного характера;
- г) осуществлением целевых видов страхования.

14. Укажите лишнее утверждение – защите от ЧС, в соответствии с законодательством РФ, подлежат:
- а) граждане РФ;
 - б) лица без гражданства;
 - в) объекты экономики;
 - г) личные сбережения граждан;
 - д) материальные и культурные ценности РФ.
15. Определите лишнюю задачу Министерства здравоохранения РФ в системе РСЧС являются
- а) создание и организация работы комиссии по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности;
 - б) наблюдение, оценка, прогнозирование санитарно-эпидемиологической обстановки на территории РФ;
 - в) восстановление и поддержание общественного порядка в зоне ЧС;
 - г) разработка методических основ обучения и подготовки населения к оказанию первой помощи в ЧС.
16. Когда осуществляется постэкспедиционный осмотр лиц, принимавших участие в ликвидации последствий ЧС:
- а) на следующий день после прибытия из зоны ЧС;
 - б) не позднее 7 дней после прибытия из зоны ЧС;
 - в) осматриваются планомерно в течение текущего года;
 - г) не осматриваются.
17. Министерство здравоохранения Российской Федерации представляет данные о количестве пораженных (больных) в зонах ЧС:
- а) в комитет Красного Креста;
 - б) в комитет по статистике;
 - в) в Всемирную Организацию Здравоохранения;
 - г) органам государственной власти и органам управления РСЧС.

Раздел 2. Организация медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях

Тема 1.

Задачи, структура службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях

Контрольные вопросы

Проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-10.2

1. Назовите задачи службы медицины катастроф в чрезвычайных ситуациях?
2. Раскройте структуру службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях?
3. Перечислите основные принципы службы медицины катастроф деятельности в чрезвычайных ситуациях?
4. Какая организация Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК)?
5. Назовите организационную структуру ВСМК?
6. Какие вы знаете органы управления ВСМК?
7. Что такое Комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности?
8. Какая организационная структура (формирования и учреждения) службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации?
9. Раскройте режимы функционирования ВСМК?
10. Назовите учреждения службы медицины катастроф министерства здравоохранения и других министерств и ведомств РФ?

11. Назовите формирования службы медицины катастроф министерства здравоохранения и других министерств и ведомств РФ?

Тестовые задания

Проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-10.2

Эталоны ответов в конце приложения

1. ВСМК – это:
 - а) Всероссийская служба медицины катастроф;
 - б) Всемирная сеть медицины катастроф;
 - в) Всесоюзная служба медицина катастроф;
 - г) Верховная служба медицина катастроф.

2. Состав врачебно-сестринской бригады:
 - а) 1 врач, 2 медсестры, 1 санитар – водитель;
 - б) 1 врач, 1 старшая медсестра, 2 медсестры, 1 санитар, 1 санитар – водитель;
 - в) 1 - 2 врача, 2-3 медсестры, 1 звено санитаров, 1 санитар – водитель;
 - г) 2-3 врача, 3-5 медсестёр, 1-2 звена сандружинниц, 1 водитель автобуса;
 - д) 1 врач, 3 медсестры, 1 санитар, 1 водитель - санитар.

3. Сохранение жизни и здоровья населения России в условиях ЧС является важной функцией:
 - а) органов здравоохранения;
 - б) органов министерства обороны и внутренних дел;
 - в) важнейшей государственной задачей федеральных органов исполнительной власти, органов исполнительной власти субъектов Российской Федерации и местного самоуправления;
 - г) министерства по ЧС и ГО.

4. ВСМК – это функциональная подсистема:
 - а) РСЧС;
 - б) МО и МВД;
 - в) Минздрава РФ;
 - г) ГО и ЧС.

5. В основе организации лечебно-эвакуационного обеспечения при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС в ВСМК лежит:
 - а) система организации оказания медицинской помощи на месте (в зоне) ЧС;
 - б) система этапного лечения пораженных с эвакуацией по назначению;
 - в) система оказания специализированной медицинской помощи в очаге массовых санитарных потерь;
 - г) система оказания квалифицированной медицинской помощи при проведении аварийно-спасательных работ.

6. К формированиям СМК, предназначенным для оказания первичной врачебной медико-санитарной (первой врачебной) помощи, относятся:
 - а) подвижные группы специалистов, врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.
 - б) подвижные группы специалистов.
 - в) нештатные бригады специализированной медицинской помощи.
 - г) группы эпидемической разведки (ГЭР), врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.

д) врачебные выездные бригады скорой медицинской помощи и врачебно-сестринские бригады.

7. В соответствии с Типовым положением о бригадах специализированной медицинской помощи службы медицины катастроф имеется? тип бригад:

- а) 25;
- б) 18;
- в) 20;
- г) 21.

8. Во Всероссийскую службу медицины катастроф организационно включены:

- а) СМК РСЧС, СМК МЗ РФ, СМК ОАО «РЖД», СМК МВД;
- б) СМК МЗ РФ, СМК МО РФ, СМК МВД и Росгвардии, силы и средства ОАО «РЖД», и других ФОИВ;
- в) СМК МЗ, силы и средства ликвидации последствий ЧС ФСБ, Минатомэнерго, МЧС, РСЧС;
- г) МЧС, РСЧС, ГО и ЧС;
- д) МСГО, ВСМК, РСЧС, МЧС и ГО.

9. ВСМК имеет? уровней:

- а) 3;
- б) 6;
- в) 4;
- г) 5.

10. Основными задачами БСМП не являются:

- а) медицинская сортировка пораженных, нуждающихся в специализированной медицинской помощи;
- б) оказание специализированной медицинской помощи пораженным и лечение нетранспортабельных пораженных;
- в) подготовка пораженных к эвакуации в специализированные медицинские организации;
- г) эвакуация пораженных в специализированные медицинские организации;
- д) оказание консультативно-методической помощи пораженным в медицинские организации.

11. Силы и средства СМК МЗ РФ для ликвидации медико-санитарных последствий ЧС:

- а) Подвижные отряды, бригады, группы специалистов;
- б) Подвижные госпитали, отряды, бригады, группы специалистов;
- в) Штатные и нештатные формирования;
- г) Силы и средства МО, ЦГСЭН;
- д) Подвижные формирования и организации ВЦМК, РЦМК, ТЦМК, станций и подстанций скорой медицинской помощи.

12. Организация и проведение судебно-медицинской экспертизы погибших и судебно-медицинского освидетельствования пораженных (в том числе во взаимодействии с органами МВД России) относится к:

- а) режиму повышенной готовности;
- б) режиму повседневной деятельности;
- в) режиму чрезвычайной ситуации.

13. Возможности выездной врачебно-сестринской бригады по оказанию медпомощи в очаге ЧС:

- а) За 6 часов – 12 пораженных, первичная врачебная медико-санитарная помощь (первая врачебная помощь);
 - б) За 10 часов – 500 пораженных, первичная врачебная медико-санитарная помощь (первая врачебная помощь);
 - в) За 6 часов 50 пораженных, первичная врачебная медико-санитарная помощь (первая врачебная помощь);
 - г) За 10 часов 50 пораженных, первичная врачебная медико-санитарная помощь (первая врачебная помощь);
 - д) За сутки работы – 150 пораженных, первичная медико-санитарная помощь (доврачебная и первая врачебная помощь).
14. Центральная районная больница будет относиться к:
- а) федеральному уровню;
 - б) региональному уровню;
 - в) локальному уровню;
 - г) муниципальному уровню.
15. Бригады доврачебной помощи являются подвижными медицинскими формированиями здравоохранения, предназначенными для:
- а) приема, регистрации, медицинской сортировки пораженных, оказания им первичной доврачебной медико-санитарной помощи и подготовки к эвакуации
 - б) медицинской сортировки пораженных, оказания им первичной доврачебной медико-санитарной помощи и подготовки к эвакуации
 - в) приема, проведения частичной специальной обработки, оказания им первичной доврачебной медико-санитарной помощи и подготовки к эвакуации
 - г) медицинской сортировки пораженных, оказания им первичной доврачебной медико-санитарной помощи и дальнейшей эвакуации
 - д) медицинской сортировки пораженных, оказания им первичной доврачебной медико-санитарной помощи и лечения до исхода.
16. Основное мобильное лечебно-диагностическое формирование службы медицины катастроф – это:
- а) отдельная медицинская бригада;
 - б) многопрофильный госпиталь;
 - в) полевой многопрофильный госпиталь «Защита»;
 - г) отдельный медицинский батальон.
17. Медицинское обеспечение населения в ЧС организована на основе:
- а) решения министра здравоохранения;
 - б) решения президента и правительства;
 - в) плана медицинского обеспечения населения в ЧС;
 - г) плана аварийно-спасательных работ.
18. Начальником службы медицины катастроф Минздрава России является:
- а) Министр здравоохранения Российской Федерации;
 - б) первый заместитель Министра здравоохранения Российской Федерации;
 - в) начальник Главного военно-медицинского управления;
 - г) министр по делам ГО и ЧС.
19. В режиме повышенной готовности специалисты штатных бригад в праздничные и выходные дни:
- а) отдыхают;
 - б) работают в штатных МО;

- в) осуществляют дежурство на дому - по графику;
г) не работают.
20. В Полевом многопрофильном госпитале «Защита» имеется? нештатных бригад:
а) 16;
б) 17;
в) 18;
г) 21.
21. Состав фельдшерской выездной бригады скорой медицинской помощи:
а) 1 врач, 2 средних медицинских работника, 1 санитар, 1 водитель-санитар;
б) 1 фельдшер, 1 медсестра, 1 санитар, 1 водитель-санитар;
в) 1 фельдшер, 2 медсестры, 1 санитар, 1 водитель-санитар;
г) 2 средних медработника, 2 санитаров, 1 водитель-санитар;
д) 2-3 средних медработника, 3-5 санитаров, 1 водитель-санитар.
22. Основные штатные отделения ПМГ из ВЦМК «Защита»:
а) Приемно-диагностическое, хирургическое, анестезиолого-реанимационное, госпитальное, эвакуационное;
б) Управление, основные отделения, отделение МТО, бригады СМП;
в) Приемно-сортировочное, отделение специальной обработки, операционно-перевязочное, госпитальное, эвакуационное отделения;
г) Приемно-эвакуационное, отделение ЧСО, хирургическое, госпитальное, лабораторно-диагностическое отделения;
д) Приемно-сортировочное, лабораторное, интенсивной терапии, госпитальное, эвакуационное отделения.
23. Организация и проведение профилактических (противоэпидемических) мероприятий, направленных на предупреждение возникновения эпидемических очагов ВСМК относится к:
а) режиму повышенной готовности;
б) режиму повседневной деятельности;
в) режиму чрезвычайной ситуации.
24. Необходимость иметь в службе медицины катастроф детские хирургические БСМП обусловлена наличием среди пораженных детей в ЧС в среднем:
а) 25%;
б) 30%;
в) 35%;
г) 40%;
д) 15%.
25. Материально-техническое обеспечение формирований службы медицины катастроф осуществляется:
а) Минздравом России;
б) органами управления территории;
в) организациями-формирователями в виде комплектов, укладок и разрозненных предметов;
г) бесперебойное и полное;
д) для пополнения истраченного.
26. Укажите основной показатель, необходимый для расчета количества бригад в ЧС:
а) количество обслуживаемого населения поликлиникой;
б) количество детей;

- в) количество пораженных;
- г) количество медперсонала поликлиники;
- д) количество санитарного автотранспорта.

27. Какое количество пораженных должна обслуживать 1 врачебно-сестринская бригада в течение суток:

- а) 20 человек;
- б) 40 человек;
- в) 10 человек;
- г) 50 человек;
- д) 80 человек.

28. Виды объектов здравоохранения, относящиеся к медицине катастроф (укажите все правильные ответы):

- а) склады медицинского имущества;
- б) медицинские организации лечебно-профилактического профиля;
- в) медицинские организации санитарно-противоэпидемического профиля;
- г) станции переливания крови;
- д) образовательные и научно-исследовательские организации.

29. Органом повседневного управления СМК субъекта РФ являются:

- а) областной отдел здравоохранения;
- б) управление здравоохранения области, края;
- в) комитет, управление социальной защиты области, края;
- г) территориальный центр медицины катастроф;
- д) штаб ГО ЧС территории.

Раздел 2. Тема 2. Гражданская оборона Российской Федерации. Медицинские силы гражданской обороны здравоохранения Российской Федерации.

Контрольные вопросы

Проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.2, ОПК-10.2

1. Что такое Гражданская оборона (ГО) Российской Федерации?
2. Какая организационная структура Гражданской обороны Российской Федерации?
3. Какая роль и место ГО в общей системе национальной безопасности Российской Федерации?
4. Назовите Задачи ГО?
5. Назовите формирования и организации (силы) ГО?
6. Перечислите Федеральные силы ГО?
7. Назовите организации (силы) ГО?
8. Задачи и организационная структура МСГОЗ?
9. Назовите организации и формирования МСГОЗ?
10. Раскройте организацию медицинского обеспечения населения при проведении мероприятий ГО?
11. Объясните медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий ГО в мирное время?
12. Что такое медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий ГО при переводе на военное положение (при угрозе нападения противника)?
13. Что такое медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий ГО после нападения противника?
14. Раскройте лечебно-эвакуационное обеспечение пораженного населения в системе ГО

- Российской Федерации?
15. Какова сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения?
 16. Раскройте виды медицинской помощи, оказываемые пострадавшим в очагах поражения при ведении спасательных работ и на этапах медицинской эвакуации?
 17. Какова организация ГО в Минздраве РФ?
 18. Разъясните ведение ГО в Минздраве РФ?

Тестовые задания

Проверяемые индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

Эталоны ответов в конце приложения

1. Основным регламентирующим документом, в котором указаны задачи, принципы организации и ведение гражданской обороны являются:
 - а) № 68-ФЗ «О защите населения и территорий от чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера» от 21.12.1994 г.;
 - б) № 28-ФЗ «О гражданской обороне» от 12.02.1998 г.;
 - в) Постановление Правительства РФ от 03.08.1996 г., № 924 «О силах и средствах Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций»;
 - г) Постановление Правительства РФ от 23.11.1996 г., № 1396 «О реорганизации штабов по делам гражданской обороны и чрезвычайным ситуациям».

2. Общее руководство ГО РФ осуществляет:
 - а) председатель Правительства РФ;
 - б) министр по делам ГО и ЧС;
 - в) Президент РФ;
 - г) Совет Федерации.

3. Гражданская оборона -:
 - а) это формирования групп людей на объектах экономики согласно штату, оснащенные специальной техникой, имуществом и предназначенные для выполнения определенных мероприятий ГО;
 - б) формирования, создаваемые по территориально-производственному принципу, не входящие в состав Вооруженных Сил Российской Федерации, владеющие специальной техникой и имуществом и подготовленные для защиты населения и организаций от опасностей, возникающих при ведении военных действий или вследствие этих действий;
 - в) система мероприятий по подготовке к защите и по защите населения, материальных и культурных ценностей на территории Российской Федерации от опасностей, возникающих при военных конфликтах или вследствие этих конфликтов, а также при чрезвычайных ситуациях природного и техногенного характера;
 - г) имеет своей задачей оказание медицинской помощи, лабораторный контроль, материальное и техническое обеспечение невоенизированных формирований и населения, проведение работ по обеззараживанию территории, сооружений, транспорта, одежды и других специальных работ при ликвидации последствий нападения противника.

4. Нештатные формирования по обеспечению выполнения мероприятий по гражданской обороне комплектуются:
 - а) мужчинами в возрасте от 18 до 65 лет, женщинами в возрасте от 18 до 60 лет;
 - б) спасательными воинскими формированиями МЧС России;
 - в) военнослужащими МО РФ;
 - г) всеми имеющимися в наличии гражданами на производстве.

5. Территориальные штатные формирования по обеспечению выполнения мероприятий по гражданской обороне создаются на базе:
 - а) организаций;

- б) учреждений;
- в) воинских частей;
- г) области (края), города (района).

6. Ведение ГО на территории Российской Федерации или в отдельных ее местностях начинается (укажите все правильные ответы):

- а) с момента объявления состояния войны, фактического начала военных действий;
- б) с момента принятия решения о введении ГО министром по делам ГО и ЧС;
- в) с момента введения ГО решением федеральных органов исполнительной власти субъектов РФ;
- г) введения Президентом Российской Федерации военного положения на территории Российской Федерации или в отдельных ее местностях.

7. Когда осуществляют ведение медицинской разведки в исходных районах, на маршрутах передвижения медицинских формирований гражданской обороны здравоохранения и в очагах поражения:

- а) в мирное время;
- б) при угрозе нападения противника;
- в) после применения ОМП.

8. Что относится к объектовым медицинским формированиям гражданской обороны здравоохранения:

- а) отряды (бригады) специализированной медицинской помощи (ОСМП, БСМП);
- б) санитарные посты, санитарные дружины;
- в) подвижные противоэпидемические отряды (ППЭО);
- г) хирургические подвижные госпитали (ХПГ).

9. Основным подвижным формированием гражданской обороны здравоохранения является

- а) бригады специализированной медицинской помощи;
- б) подвижные госпитали;
- в) специализированные противоэпидемические бригады;
- г) медицинский мобильный отряд.

10. В основу организации лечебно-эвакуационного обеспечения в Гражданской обороне положена:

- а) система многоэтапного лечения пораженных с оказанием им всех видов медицинской помощи;
- б) система оказания медицинской помощи на месте ранения, заболевания, поражения до полного выздоровления;
- в) система оказания специализированной медицинской помощи в специализированных медицинских центрах страны;
- г) система двухэтапного лечения пораженных с эвакуацией их по назначению и лечением на месте.

11. Объем помощи на первом этапе медицинской эвакуации в ГО является:

- а) первая помощь;
- б) первая врачебная помощь;
- в) фельдшерская;
- г) квалифицированная медицинская помощь.

12. Объем помощи на втором этапе медицинской эвакуации в ГО является:

- а) первая врачебная помощь;
- б) квалифицированная медицинская помощь;

- в) доврачебная помощь;
- г) специализированная медицинская помощь.

13. Аварийно-спасательными формированиями, создаваемым на объекте здравоохранения, не являются:

- а) спасательные группы;
- б) пост радиационного, химического наблюдения;
- в) группа (звено) связи;
- г) группа (команда) охраны общественного порядка;
- д) подвижные пункты питания.

Раздел 2. Тема 3. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. Основные принципы и способы защиты населения в чрезвычайных ситуациях

Контрольные вопросы

Проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-10.2

1. Дайте определение понятия Чрезвычайная ситуация терминология?
2. Какая основная терминология понятия Чрезвычайная ситуация?
3. Дайте Классификацию чрезвычайных ситуаций?
4. Раскройте медико-тактическую характеристику очагов, возникающих при авариях и катастрофах на химически-опасных объектах экономики?
5. Перечислите аварии и катастрофы, связанные с использованием или воздействием химических веществ?
6. Медико-тактическая характеристика химических очагов при возможных авариях и катастрофах?
7. Какая характеристика аварийно-опасных химических веществ, формирующих очаги химических аварий?
8. Что такое оценка химической обстановки?
9. Какие особенности организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий химических аварий?
10. Раскройте медико-тактическую характеристику очагов радиационного поражения при возможных авариях?
11. Дайте краткую характеристику радиационных аварий?
12. Раскройте классификации радиационных аварий?
13. Назовите фазы протекания радиационных аварий?
14. Как проводится оценка радиационной обстановки?
15. Объясните Медико-тактическую характеристику очага радиационной аварии?
16. Раскройте особенности организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий радиационных аварий?

Тестовые задания

Проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-10.2

Эталоны ответов в конце приложения

1. Химически опасный объект (ХОО) – это объект:
 - а) по производству химического оружия;
 - б) по производству химических удобрений;
 - в) на котором хранят, перерабатывают, используют или транспортируют опасные химические вещества, при аварии на котором или при разрушении, которого может произойти гибель или химическое заражение людей, сельскохозяйственных животных и растений, а также химическое заражение окружающей природной среды;

г) где производится синтез полимерного оборудования.

2. В соответствии с классификацией ВОЗ ХОО 1 категории опасности должны содержать:

- а) хлора более 250т., аммиака более 2500т.;
- б) хлора от 50 до 250т., аммиака 500-2500т.

3. Химическая авария – это:

- а) непланируемый и неуправляемый (пролив, россыпь, утечка) опасных химических веществ, вызывающих отрицательное воздействие на человека и окружающую среду;
- б) внезапный взрыв химических реагентов;
- в) утечка при утилизации химического оружия;
- г) место где произошла катастрофа.

4. Преобладающий путь поступления ядов в организм в производственных условиях:

- а) желудочно-кишечный тракт;
- б) дыхательные пути;
- в) кожные покровы.

5. Очаг химической аварии характеризуется как:

- а) опасный, среднеопасный, неопасный;
- б) нестойкий очаг поражения быстродействующими веществами, стойкий очаг поражения быстродействующими веществами, стойкий очаг поражения медленнодействующими веществами, нестойкий очаг медленнодействующих веществ;
- в) малый (до 5 км²), средний (до 10 км²), большой (больше 10 км²);
- г) очаг от применений химического оружия и очаг от применения отравляющих веществ сельском хозяйстве.

6. Средствами оценки химической обстановки являются (укажите все правильные ответы):

- а) карта (схема);
- б) расчетные таблицы и формулы;
- в) приборы дозиметрического контроля.

7. Пути поступления химических веществ в организм человека (укажите все правильные ответы):

- а) пероральный;
- б) перкутанный;
- в) ингаляционный;
- г) половой.

8. Последствия химической аварии определяются следующим методом

- а) расчетным;
- б) оценочным;
- в) прогнозирования;
- г) ориентировочным.

9. При авариях с выбросом хлора или аммиака формируется очаг:

- а) нестойкий, быстродействующий;
- б) стойкий, быстродействующий;
- в) нестойкий, медленно действующий.

10. По скорости развития патологических нарушений – формирования санитарных потерь химические вещества делятся:

- а) мгновенного и отложенного действия;
- б) быстрого и замедленного действия;

- в) скоротечного и медленнодействующего действия;
- г) условно быстрые и безопасные.

11. Основной путь выведения из организма токсических веществ, хорошо растворимых в воде (укажите все правильные ответы):

- а) слизистая желудочно-кишечного тракта;
- б) дыхательные пути;
- в) почки;
- г) потовые железы;
- д) сальные железы.

12. Зоной заражения АХОВ называют:

- а) место разлива вещества;
- б) территорию, на которой произошли массовые поражения людей;
- в) территорию заражения АХОВ в опасных для жизни людей пределах;
- г) местность, зараженную АХОВ в смертельных концентрациях;
- д) территорию, представляющую опасность заражения людей АХОВ.

13. Глубина зоны заражения АХОВ определяется:

- а) агрегатным состоянием вещества, влажностью воздуха, температурой воздуха;
- б) особенностью местности, количеством вылившегося вещества, его агрегатным состоянием;
- в) количеством выброшенного (вылившегося) при аварии вещества, скоростью ветра, степенью вертикальной устойчивости воздуха, характером местности;
- г) не определяется;
- д) характером местности, стойкостью вещества, скоростью ветра, температурой воздуха.

14. Очагом поражения АХОВ называют:

- а) территорию, в пределах которой в результате аварии на химически опасном объекте произошли массовые поражения населения;
- б) территорию, на которой могут быть массовая гибель;
- в) местность, опасную для здоровья и жизни людей вследствие действия АХОВ;
- г) местность, зараженную АХОВ в пределах опасных для здоровья и жизни людей;
- д) зона заражения АХОВ вследствие аварии на химически опасном объекте.

15. Исходные данные для определения величины и структуры потерь населения в зоне заражения АХОВ:

- а) площадь зоны заражения, плотность населения в зоне заражения, условия нахождения людей (открыто, в простейших укрытиях, зданиях), обеспеченность противогазами;
- б) концентрация вещества в воздухе, наличие противогазов, метеоусловия, характер местности;
- в) агрегатное состояние вещества в момент аварии, внезапность выброса (разлива) вещества, наличие средств защиты, метеоусловия;
- г) токсичность вещества, масштаб аварии, метеоусловия, наличие средств защиты;
- д) время суток, масштаб разлива вещества, наличие средств защиты, готовность здравоохранения к ликвидации последствий аварии.

16. К быстродействующим АХОВ относятся:

- а) хлор, аммиак, синильная кислота;
- б) фосген, аммиак, хлор;
- в) акрилонитрил, окислы азота, окись углерода, аммиак;
- г) диоксин, хлорацетоцетон, динитрофенол;
- д) фосген, хлор, диоксин.

17. Очаг поражения нестойкими медленнодействующими АХОВ образуется при заражении:
- а) фосгеном, хлорпикрином, азотной кислотой;
 - б) фосгеном, метанолом;
 - в) акрилонитрилом, аммиаком, синильной кислотой;
 - г) окисью углерода, амилнитритом, синильной кислотой;
 - д) не образуется.
18. Назовите вид излучения, которое не возникает в процессе радиоактивного превращения элементов:
- а) альфа-излучение;
 - б) бета-излучение;
 - в) гамма-излучение;
 - г) нейтронное излучение;
 - д) ультрафиолетовое излучение.
19. Вид излучения, обладающий самой малой проникающей способностью:
- а) альфа-излучение;
 - б) бета-излучение;
 - в) гамма-излучение;
 - г) нейтронное излучение;
 - д) рентгеновское излучение.
20. По границам распространения радиоактивных веществ и по возможным последствиям радиационные аварии подразделяются на:
- а) локальные, местные региональные, федеральные;
 - б) местные, средние, межрегиональные, трансграничные;
 - в) муниципальные, региональные, межрегиональные;
 - г) локальные, местные, средние, крупные.
21. Укажите лишнее в классификации аварий на ЯЭУ:
- а) глобальная авария;
 - б) тяжелая авария;
 - в) авария с риском для окружающей среды;
 - г) авария в пределах ЯЭУ;
 - д) серьезное происшествие;
 - е) происшествие средней тяжести;
 - ж) несерьезное происшествие;
 - з) незначительное происшествие;
 - и) происшествия, не имеющие значения для безопасности.
22. Какую фазу при радиационных авариях не выделяют:
- а) ранняя фаза;
 - б) промежуточная фаза;
 - в) средняя фаза;
 - г) поздняя (восстановительная) фаза.
23. Для промежуточной фазы характерно:
- а) завершение формирования радиационного следа и принятие всех необходимых мер защиты населения;
 - б) выпадение радиоактивных осадков;

- в) образование радиоактивного облака;
- г) выброс радиационных веществ в атмосферу.

24. Какими радионуклидами обусловлена доза внутреннего облучения населения, в первые два месяца после аварии, проживающего на зараженной территории:

- а) радионуклидами йода;
- б) радионуклидами плутония;
- в) радионуклидами цезия;
- г) радионуклидами стронция.

25. Наиболее вероятная патология при аварии на ЯЭУ:

- а) ионизирующая радиация;
- б) радиационные ожоги;
- в) механические, термические травмы, лучевые поражения, реактивные состояния;
- г) ослепление, лучевая болезнь травмы;
- д) ранения вторичными снарядами, синдром длительного сдавления, ожоги, заражение РВ.

26. Гематологический показатель, по которому можно судить о заболевании ОЛБ:

- а) гемоглобин;
- б) число лейкоцитов;
- в) уровень снижения количества лимфоцитов на 3-5-е сутки;
- г) тромбоцитопения, лейкопения, агранулоцитоз;
- д) тромбоцитопения.

27. В каких дозах измеряется экспозиционная, доза:

- а) Грей (Гр);
- б) Рентген (Р);
- в) Зиверт (Зв);
- г) рад;
- д) Беккерель.

28. В каких дозах измеряется поглощенная доза (укажите все правильные ответы):

- а) Грей (Гр);
- б) Рентген (Р);
- в) Зиверт (Зв);
- г) рад;
- д) Беккерель.

29. В каких дозах измеряется эффективная доза:

- а) Грей (Гр);
- б) Рентген (Р);
- в) Зиверт (Зв);
- г) рад;
- д) Беккерель.

30. Основными способами защиты населения являются:

- а) оказание медицинской помощи;
- б) вывоз из очага катастрофы;
- в) укрытие в защитных сооружениях;
- г) прием медикаментов и эвакуация;
- д) укрытие в защитных сооружениях, использование средств индивидуальной защиты, эвакуация и рассредоточение.

31. К основным способам защиты населения относятся (укажите ложное утверждение):

- а) своевременное оповещение;
- б) укрытие в защитных сооружениях;
- в) использование средств индивидуальной защиты;
- г) использование средств медицинской защиты;
- д) санитарная обработка.

Раздел 2. Тема 4. Основы организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени

Контрольные вопросы

Проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-10.2

1. Назовите условия, влияющие на организацию системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения РФ в результате ЧС?
2. Что такое сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения?
3. Как осуществляется организация лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС?
4. Назовите виды медицинской помощи, оказываемые пострадавшим в ЧС?
5. Объясните организацию работы этапов медицинской эвакуации в зоне ЧС?
6. Расскажите основы медицинской сортировки пораженных в условиях ЧС?
7. Объясните, как осуществляется организация медицинской эвакуации пораженных из зоны ЧС?
8. Как проводится подготовка пораженных к эвакуации?
9. Что такое понятие нетранспортабельности?
10. Как организуется медико-санитарного обеспечения пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях природного характера?
11. Как организуется медико-санитарного обеспечения пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях техногенного характера?
12. Как организуется медико-санитарного обеспечения пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях социального характера?

Тестовые задания

Проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-10.2

Эталоны ответов в конце приложения

1. Юридическим документом, дающим право раненому или больному на эвакуацию из района ЧС, является:

- а) История болезни;
- б) Карта оказания медицинской помощи;
- в) Направление в госпиталь;
- г) Медицинская книжка;
- д) Справка о ранении (заболевании).

2. Организации и формирования ВСМК, как правило, развертываются при ликвидации медико-санитарных последствий ЧС (укажите все правильные ответы):

- а) Вблизи путей подвоза и эвакуации;
- б) В подвальных помещениях каменных зданий;
- в) В категорированных городах;
- г) Вблизи крупных железнодорожных узлов;
- д) Вблизи от источников доброкачественной воды.

3. Предельно допустимые сроки оказания раненым и больным первичной врачебной медико-санитарной помощи составляют:

- а) 1-2 часа;

- б) 3-4 часа;
- в) 4-5 часов;
- г) устанавливаются руководителем организации или формирования ВСМК по обстановке.

4. Под лечебно-эвакуационной системой следует понимать:

- а) одну из важнейших составных частей медицинского обеспечения вооруженных сил в военное время, изменяющуюся и совершенствующуюся по мере изменения факторов, оказывающих решающее влияние на деятельность медицинской службы;
- б) совокупность взаимосвязанных принципов организации медицинской помощи раненым и больным, их лечения, эвакуации, реабилитации и предназначенных для этого сил, и средств службы медицины катастроф, свойственных определенному историческому этапу и уровню развития медицинской науки и экстремальной медицины (медицины катастроф).

5. Лечебно-эвакуационные мероприятия включают (укажите все правильные ответы):

- а) розыск, сбор раненых;
- б) оповещение администрации района, города о ранении гражданина;
- в) оказание раненым и больным всех видов помощи;
- г) эвакуацию раненых и больных;
- д) лечение раненых и больных;
- е) медицинскую реабилитацию;
- ж) проведение профилактических прививок.

6. Результаты медицинской сортировки на сортировочной площадке этапа медицинской эвакуации закрепляются (укажите все правильные ответы):

- а) Записью в рабочем блокноте регистратора;
- б) Сортировочной маркой;
- в) Записью в единой истории болезни;
- г) Записью в карте оказания медицинской помощи;
- д) Справкой военно-врачебной комиссии;
- е) в сопроводительном листе (для пораженного в чрезвычайной ситуации).

7. Под этапом медицинской эвакуации понимают:

- а) медицинские формирования и медицинские организации, расположенные на путях эвакуации из очага поражения в тыл в определенной последовательности для оказания медицинской помощи раненым и больным и их лечения с целью максимального ограничения многоэтапности в лечебно-эвакуационном процессе и широкого маневра объемом и видами медицинской помощи;
- б) формирования и медицинские организации службы медицины катастроф, а также другие медицинские организации, развернутые на путях эвакуации пораженных и обеспечивающие их прием, медицинскую сортировку, оказание регламентируемой медицинской помощи, лечение и подготовку (при необходимости) к дальнейшей эвакуации.

8. Сущность современной системы лечебно-эвакуационных мероприятий состоит в:

- а) существенном дополнении возможностей службы медицины катастроф по оказанию медицинской помощи раненым и больным наличием в больничной базе однотипных по задачам и организации;
- б) проведении последовательных и преемственных лечебных мероприятий на различных этапах медицинской эвакуации в сочетании с эвакуацией раненых и больных в специализированные медицинские организации по медицинским показаниям (по назначению) и в соответствии с конкретными условиями обстановки.

9. В составе каждого этапа медицинской эвакуации обычно развертывается ряд типовых функциональных подразделений (укажите все правильные ответы):

- а) приемно-сортировочное отделение;
- б) распределительное отделение;
- в) отделение (площадка) специальной обработки;
- г) отделение для оказания медицинской помощи;
- д) отделение для госпитализации и лечения;
- е) отделение медицинского наблюдения;
- ж) эвакуационное отделение;
- з) изолятор.

10. Объем медицинской помощи – это:

- а) определенный перечень лечебных и эвакуационных мероприятий, проводимых при поражениях и заболеваниях ВСМК в зоне ЧС, в очагах массовых санитарных потерь и на этапах медицинской эвакуации;
- б) называется совокупность лечебно-профилактических мероприятий, выполняемых при оказании медицинской помощи определенным категориям пострадавших по медицинским показаниям медицинскими работниками медицинского формирования ВСМК, медицинской организации, привлекаемой для ликвидации медико-санитарных последствий чрезвычайной ситуации, в соответствии с конкретными медико-тактической обстановкой и условиями, возможностями медицинского формирования или медицинской организации.

11. Под видом медицинской помощи понимают:

- а) официально установленный комплекс лечебно-профилактических мероприятий, решающий определенные задачи в общей системе оказания медицинской помощи и лечения и требующий соответствующей подготовки лиц, ее оказывающих, необходимого оснащения и определенных условий;
- б) совокупность последовательных и преемственных лечебных мероприятий, проводимых в сроки, наиболее благоприятные для последующего восстановления здоровья раненого или больного.

12. Первая помощь оказывается непосредственно на месте ранения (поражения) (укажите все правильные ответы):

- а) в порядке само- и взаимопомощи;
- б) санитарными и санитарными дружинниками (-цами);
- в) группами медицинского усиления подразделений;
- г) личным составом подразделений, проводящих спасательные работы;
- д) специально назначенными для этой цели военнослужащими войск ГО;
- е) врачами-специалистами.

13. Медицинская сортировка представляет собой:

- а) медико-организационное мероприятие, осуществляющееся на каждом этапе медицинской эвакуации с целью обеспечения четкой работы по своевременному оказанию медицинской помощи раненым и больным;
- б) распределение пораженных на группы по признакам нуждаемости в однородных лечебно-профилактических и эвакуационных мероприятиях в соответствии с медицинскими показаниями, установленным объемом помощи на данном этапе медицинской эвакуации и принятым порядком эвакуации.

14. Мероприятия первичной врачебной медико-санитарной помощи по срочности выполнения делятся на группы (укажите все правильные ответы):

- а) неотложные, т.е. обязательные при состояниях, угрожающих жизни раненого и больного;
- б) последующие, т.е. проводимые после выполнения неотложных мероприятий;
- в) мероприятия, выполнение которых может быть вынужденно отсрочено при необходимости;
- г) мероприятия, не выполняемые на данном этапе медицинской эвакуации.

15. Эвакуационное направление – это:

- а) военно-транспортные дороги одного направления в системе коммуникаций армии и фронта;
- б) совокупность путей эвакуации, расположенных в полосе (части) административной территории субъекта Российской Федерации, развернутых на них функционально объединенных этапов медицинской эвакуации и работающих санитарных и других транспортных средств;
- в) направление, по которому осуществляется транспортировка раненых и больных за пределы зоны ЧС.

16. В зависимости от задач, решаемых в процессе медицинской сортировки раненых и больных, различают следующие ее виды (укажите все правильные ответы):

- а) одномоментную;
- б) многократную;
- в) внутрисекторную;
- г) групповую;
- д) эвакуационно-транспортную;
- е) по назначению.

17. Путь медицинской эвакуации - это:

- а) военно-транспортные дороги с развернутыми вдоль них этапами медицинской эвакуации;
- б) маршрут, по которому осуществляется вынос (вывоз) и транспортировка пораженных из очага поражения до этапов медицинской эвакуации;
- в) директивно определенный маршрут движения санитарных транспортных средств.

18. Первичную специализированную медико-санитарную помощь оказывают:

- а) Фельдшер и санитарный инструктор;
- б) Фельдшер и медицинская сестра;
- в) Врач общей практики и фельдшер;
- г) Врач общей практики и врач-хирург (терапевт);
- д) Врач-специалист.

19. К неотложным мероприятиям первичной врачебной медико-санитарной помощи относятся (укажите все правильные ответы):

- а) временная остановка наружного кровотечения;
- б) устранение асфиксии;
- в) катетеризация или пункция мочевого пузыря при задержке мочеиспускания;
- г) отсечение конечности, висящей на кожном лоскуте;
- д) окolorаневое введение антибиотиков.

20. Вид медицинской помощи определяется (укажите все правильные ответы):

- а) величиной и структурой санитарных потерь;
- б) местом оказания медицинской помощи;
- в) соответствующей подготовкой лиц, оказывающих медицинскую помощь;
- г) наличием соответствующего оснащения;

д) условиями обстановки в зоне ЧС.

21. Цель первой помощи состоит в том, чтобы:

- а) проведением своевременных лечебных и эвакуационных мероприятий предупредить накопление раненых в очаге ЧС и их гибель от условно смертельных поражений (заболеваний);
- б) посредством проведения простейших медицинских пособий спасти жизнь раненого, а также предупредить или уменьшить тяжелые последствия поражения и возникновение осложнений.

22. Н.И. Пирогов выдвинул свои организационные принципы лечебно-эвакуационных мероприятий в период следующих войн (укажите все правильные ответы):

- а) Отечественная война 1812-1814 гг.;
- б) Русско-турецкая война 1828-1829 гг.
- в) Кавказская война 1847 гг.;
- г) Крымская война 1853-1856 гг.;
- д) Русско-Турецкой 1877-1878 гг.

23. Система лечебно-эвакуационного обеспечения пострадавших в ЧС предусматривает (укажите все правильные ответы):

- а) два этапа;
- б) три этапа;
- в) четыре этапа;
- г) этапы в системе ЛЭО не предусмотрены.

24. Медицинская сортировка пораженных (больных) проводится по ряду критериев:

- а) по опасности для окружающих;
- б) по нуждаемости в медицинской помощи, для определения места и очередности ее оказания;
- в) по целесообразности и возможности дальнейшей эвакуации;
- г) всем критериям, перечисленным выше.

25. Укажите лишний фактор среди тех, которые влияют на организацию медицинской помощи раненым, больным и пораженным:

- а) массовость, одномоментность возникновения санитарных потерь среди населения;
- б) нуждаемость большинства пораженных в первой помощи;
- в) разрушение зданий и сооружений в городах и населенных пунктах, в том числе и нарушение работы штатных медицинских организаций;
- г) возможное заражение обширных территорий, водоисточников и продуктов питания РВ, АХОВ возбудителями различных инфекционных заболеваний;
- д) повышение эпидемической напряженности в районах (очагах) катастроф;
- е) сложность управления силами и средствами здравоохранения в районах катастроф;
- ж) недостаточное финансирование службы медицины катастроф;
- з) сильное психологическое воздействие ситуаций катастроф;
- и) необходимость эвакуации пораженных.

26. Первичную врачебную медико-санитарную помощь в ЧС оказывают:

- а) все формирования, перечисленные ниже;
- б) бригады доврачебной помощи;
- в) реанимационные бригады;
- г) врачебно-сестринские бригады.

27. Лечебно-эвакуационное обеспечение населения в ЧС – это комплекс:

- а) медицинских мероприятий;
- б) организационных и технических мероприятий по розыску пораженных (больных), их сбору, доставке (транспортировке) до медицинских формирований (подразделений) и организаций;
- в) мероприятий по оказанию необходимой медицинской помощи, лечению и реабилитации;
- г) всех вышеперечисленных мероприятий.

28. По эвакуационному признаку среди пораженных не выделяют группу:

- а) подлежащих эвакуации;
- б) подлежащих оставлению на данном этапе медицинской эвакуации временно или до окончательного исхода (по тяжести состояния);
- в) подлежащих возвращению по месту жительства для амбулаторно-поликлинического наблюдения участкового врача и лечения;
- г) подлежащих возвращению в строй.

29. В современных условиях в международной практике ликвидации катастроф известны системы ЛЭО (укажите все правильные ответы):

- а) французская (с акцентом на лечение вблизи очага катастрофы);
- б) англосаксонская (максимально быстрая эвакуация в медицинские организации);
- в) американская (латиноамериканская);
- г) смешанная.

30. Преимущественность и последовательность в системе лечебно-эвакуационного обеспечения населения это:

- а) использование современной аппаратуры и техники, которая позволяет с минимальными затратами времени объективно и достоверно определить характер, объем и очередность проведения лечебно-эвакуационных мероприятий при поступлении на этап медицинской эвакуации значительного количества пораженных с учетом складывающейся обстановки и наличия сил и средств службы медицины катастроф;
- б) своевременное проведение неотложных мероприятий первичной врачебной медико-санитарной и специализированной медицинской помощи, а также выполнение профилактических и лечебных процедур, обеспечивающих возможность оказания медицинской помощи в более поздние сроки (отсроченная медицинская помощь).

31. Оптимальный состав сортировочной бригады для носилочных больных и раненых:

- а) врач, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
- б) два врача, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
- в) врач, медицинская сестра, два регистратора и звено носильщиков;
- г) врач, фельдшер (медицинская сестра), медицинская сестра, два регистратора и два звена носильщиков.

32. Медицинская сортировка осуществляется в:

- а) эвакуационном отделении;
- б) приемно-сортировочном отделении или площадке;
- в) изоляторе;
- г) госпитальном отделении.

33. Метод работы сортировочной бригады называется:

- а) последовательный метод;
- б) параллельный метод;

- в) межрядный метод;
- г) конвейерный метод.

Раздел 2. Тема 5. Организация работы медицинских формирований и организаций в различных режимах функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и гражданской обороны

Контрольные вопросы

Проверяемые индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

1. Раскройте исходные данные для планирования медицинских формирований и организаций в различных режимах функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера?
2. Какая организация разработки «Плана действий медицинской организации»?
3. Как осуществляется подготовка медицинской организации к массовому приему пораженных из зоны ЧС?
4. Как осуществляется подготовка медицинской организации к массовому приему пораженных из очага опасных химических веществ (ОХВ) и боевых отравляющих веществ (БОВ)?
5. подготовка медицинской организации к массовому приему пораженных из очага радиационной аварии?
6. Как проводится организация массового приема инфекционных и подозрительных на инфекционное заболевание больных?
7. Как проводится организация массового приема инфекционных и подозрительных на инфекционное заболевание больных?
8. Как осуществляется организация работы медицинской организации при угрозе террористического акта?

Тестовые задания

Проверяемые индикаторы компетенции – **УК-1.1, ОПК-10.2**

Эталоны ответов в конце приложения

1. Подготовка медицинской организации к работе в ЧС мирного и военного времени, начинается с получения:
 - а) плана-задания;
 - б) плана-перевода;
 - в) плана ЧС;
 - г) плана ГО.
2. План действий медицинской организации состоит из? частей:
 - а) одной;
 - б) двух;
 - в) трех;
 - г) четырех.
3. Корректировка плана производится по состоянию на? (день, месяц) (укажите все правильные ответы):
 - а) 1 января;
 - б) 1 июня;
 - в) 1 июля;
 - г) 1 сентября.
4. Сколько разрабатывается экземпляров «Плана действий медицинской организации»?
 - а) один;

- б) два;
- в) три;
- г) четыре.

5. Укажите уровни террористической опасности, установленные в Российской Федерации:

- а) «зеленый», «желтый», «красный»;
- б) «синий», «желтый», «красный»;
- в) «зеленый», «оранжевый», «красный»;
- г) «синий», «желтый», «красный».

6. Для транспортировки больного ООИ могут использоваться:

- а) транспортировочные специальные носилки;
- б) транспортировочные изолирующие боксы;
- в) транспортировочные полиэтиленовые костюмы.

7. В состав приемно-сортировочного отделения, развертываемого на базе приемного отделения медицинской организации, не входит:

- а) площадка санитарной обработки транспорта;
- б) распределительный пост (РП);
- в) приемное отделение для носилочных больных;
- г) изолятор для инфекционных больных;
- д) приемное отделение для ходячих больных.

8. Какими официальными документами определен расчет формирований медицинской организации (укажите все правильные ответы):

- а) заданием;
- б) приказом;
- в) сметой расходов;
- г) схемой развертывания;
- д) информационным письмом.

9. Принципы перепрофилирования отделений медицинской организации при лечении пораженных в ЧС, за исключением:

- а) развертывание дополнительных коек;
- б) использование резервных фондов медикаментов и перевязочных средств;
- в) развертывание дополнительного медицинского оборудования;
- г) увеличение штата за счет введения специалистов по профилю поражения;
- д) подготовка медперсонала для работы в ЧС.

10. Основной целью планирования медицинского обеспечения населения в ЧС является:

- а) приведение в готовность медицинских организаций и формирований;
- б) готовность персонала к работе в ЧС;
- в) оснащение учреждений и формирований;
- г) организация и проведение лечебно-эвакуационных, санитарно-противоэпидемических мероприятий, медицинское снабжение;
- д) обучение населения правильному поведению при ЧС.

Организация работы медицинских формирований и организаций в различных режимах функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера и гражданской обороны

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-10.2

Контрольные вопросы для промежуточной аттестации

1. Назовите задачи Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций?
2. Перечислите принципы построения и функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций?
3. Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций?
4. Определите место и роль в Единой государственной системе предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) Министерства здравоохранения РФ?
5. Назовите задачи Министерства здравоохранения РФ в Единой государственной системе предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС)
6. Перечислите режимы функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС)?
7. Назовите силы и средства Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) и их задачи?
8. Какие силы и средства наблюдения и контроля Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) вы знаете?
9. Перечислите силы и средства ликвидации чрезвычайной ситуации Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС)?
10. Что такое аварийно-спасательная служба?
11. Как вы понимаете статус спасателя и приравненных категорий?
12. Что такое медицинская реабилитация пострадавших спасателей?
13. Назовите задачи службы медицины катастроф в чрезвычайных ситуациях?
14. Раскройте структуру службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях?
15. Перечислите основные принципы службы медицины катастроф деятельности в чрезвычайных ситуациях?
16. Какая организация Всероссийской службы медицины катастроф (ВСМК)?
17. Назовите организационную структуру ВСМК?
18. Какие вы знаете органы управления ВСМК?
19. Что такое Комиссии Министерства здравоохранения Российской Федерации по предупреждению и ликвидации чрезвычайных ситуаций и обеспечению пожарной безопасности?
20. Какая организационная структура (формирования и учреждения) службы медицины катастроф Министерства здравоохранения Российской Федерации?
21. Раскройте режимы функционирования ВСМК?
22. Назовите учреждения службы медицины катастроф министерства здравоохранения и других министерств и ведомств РФ?
23. Назовите формирования службы медицины катастроф министерства здравоохранения и других министерств и ведомств РФ?
24. Что такое Гражданская оборона (ГО) Российской Федерации?
25. Какая организационная структура Гражданской обороны Российской Федерации?

26. Какая роль и место ГО в общей системе национальной безопасности Российской Федерации?
27. Назовите Задачи ГО?
28. Назовите формирования и организации (силы) ГО?
29. Перечислите Федеральные силы ГО?
30. Назовите организации (силы) ГО?
31. Задачи и организационная структура МСГОЗ?
32. Назовите организации и формирования МСГОЗ?
33. Раскройте организацию медицинского обеспечения населения при проведении мероприятий ГО?
34. Объясните медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий ГО в мирное время?
35. Что такое медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий ГО при переводе на военное положение (при угрозе нападения противника)?
36. Что такое медицинское обеспечение населения при проведении мероприятий ГО после нападения противника?
37. Раскройте лечебно-эвакуационное обеспечение пораженного населения в системе ГО Российской Федерации?
38. Какова сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения?
39. Раскройте виды медицинской помощи, оказываемые пострадавшим в очагах поражения при ведении спасательных работ и на этапах медицинской эвакуации?
40. Какова организация ГО в Минздраве РФ?
41. Разъясните ведение ГО в Минздраве РФ?
42. Дайте определение понятия Чрезвычайная ситуация терминология?
43. Какая основная терминология понятия Чрезвычайная ситуация?
44. Дайте Классификацию чрезвычайных ситуаций?
45. Раскройте медико-тактическую характеристику очагов, возникающих при авариях и катастрофах на химически-опасных объектах экономики?
46. Перечислите аварии и катастрофы, связанные с использованием или воздействием химических веществ?
47. Медико-тактическая характеристика химических очагов при возможных авариях и катастрофах?
48. Какая характеристика аварийно-опасных химических веществ, формирующих очаги химических аварий?
49. Что такое оценка химической обстановки?
50. Какие особенности организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий химических аварий?
51. Раскройте медико-тактическую характеристику очагов радиационного поражения при возможных авариях?
52. Дайте краткую характеристику радиационных аварий?
53. Раскройте классификации радиационных аварий?
54. Назовите фазы протекания радиационных аварий?
55. Как проводится оценка радиационной обстановки?
56. Объясните Медико-тактическую характеристику очага радиационной аварии?
57. Раскройте особенности организации медико-санитарного обеспечения населения при ликвидации последствий радиационных аварий?
58. Назовите условия, влияющие на организацию системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения РФ в результате ЧС?
59. Что такое сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения?
60. Как осуществляется организация лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС?
61. Назовите виды медицинской помощи, оказываемые пострадавшим в ЧС?
62. Объясните организацию работы этапов медицинской эвакуации в зоне ЧС?
63. Расскажите основы медицинской сортировки пораженных в условиях ЧС?

64. Объясните, как осуществляется организация медицинской эвакуации пораженных из зоны ЧС?
65. Как проводится подготовка пораженных к эвакуации?
66. Что такое понятие нетранспортабельности?
67. Как организуется медико-санитарного обеспечения пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях природного характера?
68. Как организуется медико-санитарного обеспечения пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях техногенного характера?
69. Как организуется медико-санитарного обеспечения пострадавшего населения при чрезвычайных ситуациях социального характера?
70. Раскройте исходные данные для планирования медицинских формирований и организаций в различных режимах функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера?
71. Какая организация разработки «Плана действий медицинской организации».
72. Как осуществляется подготовка медицинской организации к массовому приему пораженных из зоны ЧС?
73. Как осуществляется подготовка медицинской организации к массовому приему пораженных из очага опасных химических веществ (ОХВ) и боевых отравляющих веществ (БОВ)?
74. подготовка медицинской организации к массовому приему пораженных из очага радиационной аварии?
75. Как проводится организация массового приема инфекционных и подозрительных на инфекционное заболевание больных?
76. Как проводится организация массового приема инфекционных и подозрительных на инфекционное заболевание больных?
77. Как осуществляется организация работы медицинской организации при угрозе террористического акта?

Правильные ответы на тестовые задания:

№	Раздел 1
1	в
2	д
3	д
4	а, б, в
5	г
6	б
7	а
8	в
9	б
10	б
11	г
12	в
13	а
14	г
15	в
16	б
17	г

№	№ в таб. 7.2	Тема 1
1	18.	а
2	19.	б
3	20.	в
4	21.	а
5	22.	б
6	23.	д
7	24.	г
8	25.	б
9	26.	г
10	27.	г
11	28.	б
12	29.	в
13	30.	в
14	31.	г
15	32.	в
16	33.	в
17	34.	в
18	35.	а
19	36.	в
20	37.	б
21	38.	б
22	39.	а
23	40.	б
24	41.	а
25	42.	в
26	43.	в
27	44.	г
28	45.	б, в, г
29	46.	г

№	№ в таб. 7.2	Тема 2
1	47.	б
2	48.	а
3	49.	в
4	50.	а
5	51.	а
6	52.	а, г
7	53.	в
8	54.	б
9	55.	г
10	56.	г
11	57.	б
12	58.	г
13	59.	д

№	№ в таб. 7.2	Тема 3
1	60.	в
2	61.	а
3	62.	а
4	63.	б
5	64.	б
6	65.	а, б
7	66.	а, б, в.
8	67.	в
9	68.	а
10	69.	б
11	70.	б, в
12	71.	а
13	72.	в
14	73.	а
15	74.	г
16	75.	а
17	76.	б
18	77.	д
19	78.	а
20	79.	г
21	80.	ж
22	81.	в
23	82.	а
24	83.	а
25	84.	в
26	85.	г
27	86.	б
28	87.	а, г
29	88.	в
30	89.	д
31	90.	д

№	№ в таб. 7.2	Тема 4
1	91.	б
2	92.	а, г
3	93.	в
4	94.	б
5	95.	а, в, г, д, е
6	96.	б, г, е
7	97.	б
8	98.	б
9	99.	а, в, г, д, ж, з
10	100.	б
11	101.	а
12	102.	а, б, г
13	103.	б
14	104.	а, в
15	105.	б
16	106.	в, д
17	107.	б
18	108.	д
19	109.	а, б, в, г
20	110.	б, в, г
21	111.	б
22	112.	в, г, д
23	113.	а
24	114.	г
25	115.	ж
26	116.	г
27	117.	г
28	118.	г
29	119.	а, б, г.
30	120.	б
31	121.	а

№	№ в таб. 7.2	Тема 5
1	124.	а
2	125.	б
3	126.	а, в
4	127.	в
5	128.	б
6	129.	б
7	130.	д
8	131.	а, б
9	132.	д
10	133.	г

32	122.	б
33	123.	г

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «**Медицина чрезвычайных ситуаций**»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция - в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;

- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.

- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;

- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);

- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловые вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемым, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь со смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию, формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как теоретика

и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы».

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность «среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать ряд особенных, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую

характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять, на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции, следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общая закономерность и на ее основе подлежит анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разного рода тезисными записями и планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению

лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучаемых.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

- рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;
- методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

- Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

- заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;
- досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;
- самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, самостоятельности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой обучающимся к

данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общих и профессиональных компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

– репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

– активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

– интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

– разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

– максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

– использование бланков документов, инструктивных материалов;

– наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

– чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);

- составление плана текста;
- графическое изображение структуры текста;
- составление электронной презентации;
- конспектирование текста;
- подготовка выписок из текста;
- работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;

- научно-исследовательская работа;
- использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

– работа с конспектом лекций;

– работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);

- составление плана и тезисов ответа;
- составление таблиц для систематизации учебного материала;
- изучение нормативных материалов;
- ответы на контрольные вопросы;
- аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);
- заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;
- подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;
- подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;
- составление резюме;
- написание истории болезни;
- составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

- решение задач и упражнений по образцу;
- решение вариативных задач и упражнений;
- отработка манипуляций;
- выполнение расчетно-графических работ;

- решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;
- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовок каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

3. Составление конспектов

Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

– **плановый**. При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.

– **тематический конспект**, является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.

– **текстуальный конспект**, представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.

– **свободный конспект**, включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;

2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;

3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;

4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

– композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;

– отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;

– язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;

– аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.

2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата (читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, познакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

- 1) по полноте изложения:
 - информативные (рефераты-конспекты);
 - индикативные (рефераты-резюме);
- 2) по количеству реферируемых источников:
 - монографические;
 - обзорные;
- 3) по читательскому назначению:
 - общие;
 - ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;
 - специализированные;
 - ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.
2. Содержание.
3. Введение.
4. Основная часть.
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, курация больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начало до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;
- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздки, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного

приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишённого эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределённо-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылок на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объем заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объем работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объем могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объем не включаются.*

Цвет шрифта – черный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, черного цвета, одинаковым по всему объему текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нем не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце.

Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела, разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела , 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знак вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается:**

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак «Ø» для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например > (больше), < (меньше), = (равно), ≤ (меньше или равно), ≥ (больше или равно), ≠ (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставиться неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не уместится в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;
- перед скобками и после них: (a+b)(d+c);

Косой крест (x) в качестве знака умножения ставиться:

- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1).

Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзацного отступа.

Например:

$$W=wgkc, \quad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;

k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;

c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;

– цитирование должно быть полным, без искажения смысла;

– пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

– Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);

– указы Президента РФ (в той же последовательности);

– постановления Правительства РФ (в той же очередности);

– иные нормативные правовые акты;

– иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);

– монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);

– иностранная литература;

– интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

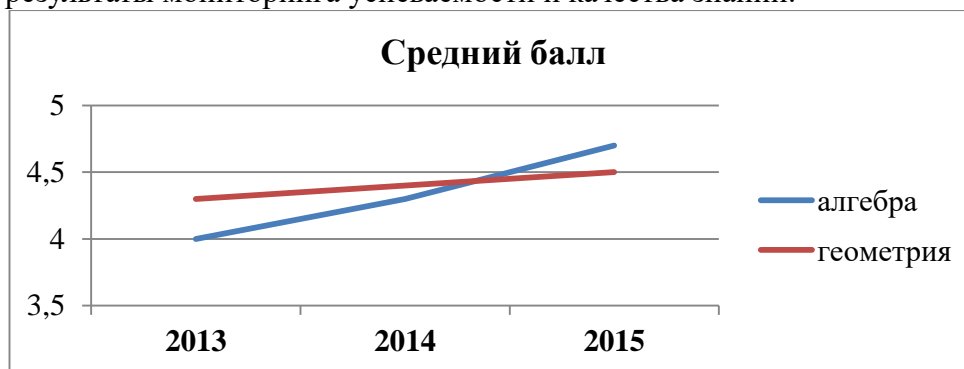


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеолярную группы пучков волокон (Рис. 5).

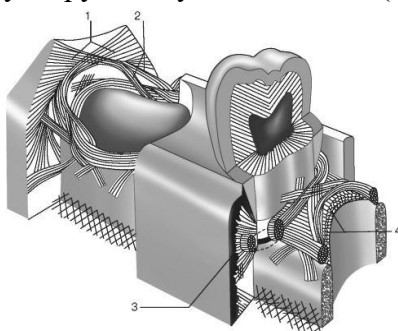


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование направленности)
Факультет	Факультет подготовки кадров высшей квалификации (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра организации, управления и экономики здравоохранения (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1
Занятия лекционного типа	6 час.
Занятия семинарского типа	24 час.
Всего аудиторной работы	30 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	42 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/2(час. /зач. ед.)

Рабочая программа дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» дисциплины разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации № от 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Конради Александра Олеговна	д.м.н.	Заведующий кафедрой организации, управления и экономики здравоохранения	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Ищук Татьяна Николаевна	к.м.н.	Доцент кафедры организации, управления и экономики здравоохранения	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры организации, управления и экономики здравоохранения «21» марта 2022 г., протокол № 1.

Рабочая программа дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023г., протокол № 03/2023.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Рабочая программа сформирована с учетом положений профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог» в части освоения трудовой функции А/05.8 Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины:

Целью изучения дисциплины является подготовка высококвалифицированного врача, обладающего системой универсальных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, необходимых для решения задач в области общественного здоровья и здравоохранения.

Задачи изучения дисциплины:

1. Формирование обширного и глубокого объема базовых, фундаментальных знаний в области популяционного здоровья и общественного здравоохранения.
2. Приобретение навыков организации и проведения профилактических мероприятий,
3. Приобретение навыков разработки и реализации программ здоровья и профилактики.
4. Приобретение навыков подготовки среднего и младшего медицинского персонала для работы в области формирования общественного здоровья
5. Приобретение навыков установления контакта с пациентами и членами их семей.
6. Приобретение навыков выбора оптимальных путей формирования у населения мотивированного отношения к сохранению и укреплению своего здоровья и здоровья окружающих, воспитания элементов здорового образа жизни.
7. Подготовка врача к проведению сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья.
8. Подготовка врача к организации медицинской помощи взрослому и детскому населению, работникам промышленных предприятий и сельским жителям.
9. Освоение ведения учетно-отчетной медицинской документации.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Общественное здоровье и здравоохранение» относится к обязательной части Блоку 1 «Дисциплины (модули) учебного плана по специальности 31. 08.58 Оториноларингология.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знает: - основные методы критического анализа; - методологию системного подхода; - виды основных информационных источников, нормативных правовых документов в области достижений медицины и фармации; - методы и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Для текущего контроля: ТЗ, КВ, Р. Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - осуществлять поиск и анализировать содержание нормативных правовых документов с целью решения профессиональных задач; - производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты; - выявлять недостаточность и недостоверность информации при решении проблемных ситуаций	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1. Определяет проблемы проекта и минимизировать возможные риски	Знает: - проблемы, для решения которых планируется проект; - возможные риски, препятствующие достижению результатов проекта.	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - разрабатывать концепцию проекта в рамках обозначенной проблемы, формулируя цель, задачи, актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения; - прогнозировать проблемные ситуации и риски в проектной деятельности.	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

		УК-2.2. Разрабатывает проект в области медицины и здравоохранения и определять критерии его эффективности	Знает: - цели, задачи и принципы формирования проекта в рамках обозначенной проблемы;	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - составлять план-график реализации проекта; - определять критерии эффективности проекта.	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
		УК-2.3. Способен проводить контроль этапов и оценку результатов проекта	Знает: - содержание и критерии эффективности каждого этапа проекта;	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - составлять и реализовывать план-контроль реализации проекта.	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат*

Общепрофессиональные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни.	Знает: - Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан - Нормативную правовую основу профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний	Для текущего контроля: ТЗ, КВ, Р. Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - Организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан. - Организовывать и проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия-	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
		ОПК-2.2. Способен планировать	Знает: - принципы, этапы планирования мероприятий в	Для текущего контроля: ТЗ, КВ

		организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья.	соответствии с целями и задачами - способы уменьшения воздействия факторов риска на здоровье граждан	Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - наполнять этапы плана содержанием с учетом социальных детерминант здоровья, распределять ответственность за каждый этап между членами команды - корректировать план с учетом промежуточных результатов	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
		ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	Знает: - Показатели и критерии качества оказания медицинской помощи - Виды основных медико-статистических показателей	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - Отбирать, систематизировать и использовать медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи - Делать выводы, оформлять отчетную документацию и представлять результаты оценки качества оказания медицинской помощи	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
Медицинская деятельность	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ОПК-9.1. Владеет методикой проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья населения	Знает: - медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности; - методы анализ медико-статистических показателей-	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
		ОПК-9.2. Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными	Знает: - требования законодательства в области информационной безопасности и персональных данных; - виды медицинской документации и требования к ее ведению	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - оформлять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде, в соответствии с требованиями	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

		данными.		
		ОПК-9.3. Организует деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.	Знает: - должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - организовывать рабочие места для находящегося в распоряжении медицинского персонала; - контролировать исполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат.*

Профессиональные компетенции

Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Организационно-управленческая деятельность	ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПК-3.1. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях.	Знает: - принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях - порядки оказания медицинской помощи - особенности оказания различных видов медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Для текущего контроля: ТЗ, КВ, Р Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - совершенствовать организационно-управленческую структуру медицинской организации; - формировать систему управления кадрами здравоохранения в медицинской организации	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Знает: - нормативные правовые акты, регулирующие работу структурных подразделений медицинской организации. - принципы организации труда - порядок ведения учетно-отчетной документации	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
		ПК-3.2. Способен организовывать работу структурных подразделений медицинской организации.	Умеет: - организовать лечебно-диагностический процесс в структурных подразделениях медицинской организации - организовать работу структурных подразделений	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

			медицинской организации по оказанию и предоставлению качественных медицинских услуг	
		ПК-3.3. Способен применять требования нормативных правовых актов в области менеджмента медицинской помощи в профессиональной деятельности.	Знает: - нормативные правовые акты в области менеджмента медицинской помощи в профессиональной деятельности. - принципы организации труда, планово-экономической и финансовой деятельности медицинской организации	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
			Умеет: - использовать формы и методы работы, направленные на повышение качества медицинской помощи населению - обеспечить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат*

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы		Трудоемкость в академических часах	
		ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)		30	30
Из них:			
Занятия лекционного типа		6	6
Занятия семинарского типа		24	24
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)		42	42
Промежуточная аттестация – зачет		-	-
Общая трудоемкость дисциплины	часы	72	72
	зач. ед.	2	2
Из них на практическую подготовку (в час.)*		3,5	3,5

**Практическая подготовка (ПП)* - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в % *
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ	2	4	8	14	25%
Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения.	-	4	8	12	-
Раздел 3. Биостатистика.	2	4	8	14	-
Раздел 4. Экспертиза нетрудоспособности	-	4	6	10	-
Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.	2	4	6	12	-
Раздел 6. Кадровое обеспечение здравоохранения.	-	4	6	10	-
ИТОГО в час.	6	24	42	72	3,5

Тематический план занятий лекционного типа п/п	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП* (в % или час.)	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия**	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1							
Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ							
	Тема 1.1 Основы организации медицинской помощи в РФ	2	25%	Краткое содержание темы Федеральное законодательство и подзаконные акты в сфере охраны здоровья граждан. Этико-деонтологические основы врачебной деятельности. Ценностная и персонализированная медицина. Медицинская профилактика и формирование ЗОЖ Практическая подготовка*: Организация амбулаторно-поликлинической помощи населению.	ОПК-2.1 ПК-3.1 ПК-3.2 ПК-3.3	Мультимедийная презентация	ТЗ, КВ, Р
Раздел 3. Биостатистика							
	Тема 2.1 Основные понятия и методы биостатистики	2	-	Обоснование научно-обоснованной медицинской практики. Цели статистического анализа. Модель данных. Типы измерений, шкалы. Типы ошибок по А.А. Любищеву. Вариабельность, неопределенности и случайность. Основные принципы и методы анализа данных. Первичный анализ и преобразования данных. Разведочный анализ данных. Сравнение подгрупп.	ОПК-9.1	Мультимедийная презентация	ТЗ, КВ

				Анализ ассоциаций, оценка корреляций, корреляционные плеяды. Регрессия. Кластерный и дискриминантный анализы. Факторный анализ.			
Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика							
	Организация контроля качества медицинской помощи.	2	-	Медицинская статистика. Относительные величины. Стандартизованные коэффициенты. Динамические ряды. Средние величины. Выборочный метод. Непараметрические критерии. Компоненты и показатели качества медицинской помощи. Обеспечение контроля качества медицинской помощи.	ОПК-2.3 ОПК- 9.1 ОПК- 9.2	Мультимедийная презентация	ТЗ, КВ
ИТОГО в час.		6	0,5				

****Практическая подготовка (ПП)** - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.

*****Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат.

4.3. Тематический план занятий семинарского типа – практических занятий

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП ** (в% или час.)	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1							
Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ							
Тема 1.1	семинар	Организация медицинской помощи	4	25%	Краткое содержание занятия Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи населению. Организация санитарно-эпидемиологической службы. Организация медицинских осмотров и диспансеризации <u>Практическая подготовка**:</u> Организация работы ФАП	ОПК-2.1, ОПК-2.2 ПК-3.1 ПК-3.3	ТЗ, КВ
Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения							

Тема 2.1	семинар	Здоровье населения и методы его изучения	4	-	Демографические показатели. Заболеваемость населения. Инвалидность населения. Международная классификация болезней и проблемы, связанные со здоровьем. Современные тенденции в состоянии здоровья населения. Принципы, цель и задачи Стратегии лекарственного обеспечения населения Российской Федерации.	УК-1.3 УК-2.1 УК-2.2 УК-2.3	ТЗ, КВ
Раздел 3 Биостатистика							
Тема 3.1	семинар	Биостатистика	4		Доказательная медицина. Обоснование научно-обоснованной медицинской практики. Цели статистического анализа. Модель данных. Типы измерений, шкалы. Типы ошибок по А.А. Любищеву. Вариабельность, неопределенности и случайность. Основные принципы и методы анализа данных. Первичный анализ и преобразования данных. Разведочный анализ данных. Сравнение подгрупп. Анализ ассоциаций, оценка корреляций, корреляционные плеяды. Регрессия. Кластерный и дискриминантный анализы. Факторный анализ.	ОПК- 9.1	ТЗ, КВ
Раздел 4. Экспертиза нетрудоспособности							
Тема 4.1	семинар	Экспертиза нетрудоспособности	4	-	Порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность. Порядок выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан.	ОПК- 2.3 ОПК- 9.2	ТЗ, КВ
Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.							
Тема 5.1	семинар	Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.	4	-	Компоненты и показатели качества медицинской помощи. Организация контроля качества медицинской помощи. Медицинская статистика.	УК 2.1 ОПК-2.3 ОПК-9.1 ОПК-9.2 ПК-3.2	ТЗ, КВ
Раздел 6. Кадровое обеспечение здравоохранения							
Тема 6.1	семинар	Кадровое обеспечение здравоохранения	4	-	Управление здравоохранением в РФ. Структура подготовки медицинских кадров в России. Аккредитация и аттестация специалистов.	ОПК-2.1, ОПК-2.2 ОПК-9.3 ПК-3.1	ТЗ, КВ

					Последипломное образование (повышение квалификации, переподготовка). Профессиональные общественные организации. Объединения работодателей.	ПК-3.2	
ИТОГО в час.			24	1			

* *Формы проведения занятий семинарского типа: семинар* ***Практическая подготовка (ПП)* - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.

****Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат.*

4.4. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	Содержание самостоятельной работы	Перечень компетенций или индикаторов компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства** для текущего контроля
1	Подготовка к аудиторным занятиям	16	Проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе	УК-1.3, УК-2, ОПК-2.1, ОПК-2.3, ОПК-9, ПК-1, ПК-3.2, ПК-3.3	КВ
2	Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки.	10	Решение тестовых заданий и подготовка ответов на контрольные вопросы	УК 1.3, УК -2, ОПК-2.1, ОПК-2.3, ОПК-9, ПК- 3	КВ
3	Работа с учебной и научной литературой.	12	Подготовка реферативной работы	УК-1.3, ПК-3.3	Р
4	Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом.	4	Подготовка ответов на контрольные вопросы	ОПК- 2.1, ПК- 3.1, ПК-3.3	КВ
ИТОГО в час.		42	Из них на ПП – 2 часа		

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.*

***Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, Р- реферат.*

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии проблемного обучения
5. Технологии активного обучения (инновационные)
6. Здоровьесберегающие технологии

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам при текущем контроле:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств		
		ТЗ	КВ	Д
Текущий контроль	Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ	6	6	-
	Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения.	50	6	1
	Раздел 3. Биостатистика.	7	13	-
	Раздел 4. Экспертиза нетрудоспособности.	15	4	-
	Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.	26	5	-
	Раздел 6. Кадровое обеспечение здравоохранения.	25	6	-
ИТОГО		129	40	1

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, СЗ- ситуационные задачи, Д (доклады)

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине для промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	ТЗ, КВ, Д
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	ТЗ, КВ, Д
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ТЗ, КВ
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.	ТЗ, КВ
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ТЗ, КВ

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, Д – доклады, Р-реферат.

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет

Процедура проведения промежуточной аттестации:

Тестирование. Тестовая база содержит 90 заданий, из которых случайным образом выбирается 30 заданий, на которые студент должен дать ответ за 30 минут.

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции или отдельные индикаторы достижения компетенции
ТЗ	В структуре причин временной нетрудоспособности в России в настоящее время первое ранговое место принадлежит: а) злокачественным новообразованиям; б) болезням системы кровообращения; в) инфекционным и паразитарным болезням; г) травмам и отравлениям; д) болезням органов дыхания.	ОПК--2.2. Способен планировать организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья.
КВ	Какая процедура является допуском к профессиональной деятельности после успешного освоения программы ординатуры?	ОПК--9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания.

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в Приложении № 1 к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1. Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран

(<http://www.multitrans.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации

(www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

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

Основная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение. Национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 2-е изд. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467237.html>
2. Оценка профессиональной готовности специалистов в системе здравоохранения / под ред. Семенов Т. В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. — Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449776.html>
3. Экономика, организация и управление государственной санитарно-эпидемиологической службой: учебное пособие / О. В. Митрохин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464915.html>
4. Средние и младшие медицинские работники: нормативы численности, методики расчетов [Электронный ресурс] / Шипова В.М., Берсенева Е.А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454039.html>
5. Менеджмент в здравоохранении: учебник для вузов / С. А. Столяров. — 2-е изд., испр. и доп. - М.: Издательство Юрайт, 2022. - Режим доступа: <https://urait.ru/bcode/495369>
6. Экономика и управление в здравоохранении: учебное пособие для среднего профессионального образования / С. А. Столяров. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2022. - Режим доступа: <https://urait.ru/bcode/495405>

Дополнительная литература:

1. Общественное здоровье и здравоохранение / Медик В. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442906.html>
2. Общественное здоровье и здравоохранение: учебник / Ю. П. Лисицын, Г. Э. Улумбекова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432914.html>
3. Организация и технология нормирования труда в здравоохранении / Шипова В. М. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446317.html>
4. Управление медицинской организацией: первые шаги / Н. Н. Карякин, Л. А. Алебашина, А. С. Благодарова [и др.]; под общ. ред. Н. Н. Карякина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460320.html>
5. Общие и частные вопросы медицинской профилактики / под ред. К. Р. Амлаева, В. Н. Муравьевой — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970445754.html>
6. Телемедицина / А. В. Владимировский, Г. С. Лебедев — М. здор: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441954.html>
7. Экономика здравоохранения / под ред. М. Г. Колосницыной, И. М. Шеймана, С. В. Шишкина — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Режим доступа: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442289.html>
8. Общественное здоровье населения Российской Федерации: Учебник / Под ред. В.А. Решетникова. - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2022. - Режим доступа: <https://www.medlib.ru/library/library/books/44202>
9. Практикум общественного здоровья и здравоохранения: Учеб. пособие / И.Н. Денисов, Д.И. Кича, А.В. Фомина, О.С. Саурина. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. - Режим доступа: <https://www.medlib.ru/library/library/books/3036>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» соответствует требованиям ФГОС ВО - программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология.и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей

психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

\

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Специальность ординатуры	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач- оториноларинголог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**
по дисциплине «**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ**»

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ	ОПК-2.1, ОПК-2.2, ПК-3	ТЗ, КВ
Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения.	УК-1.2, УК-2	ТЗ, КВ, Д
Раздел 3. Биостатистика.	ОПК-9.1	ТЗ, КВ
Раздел 4. Экспертиза нетрудоспособности	ОПК-2.3, ОПК-9.2	ТЗ, КВ
Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.	УК-2.1, ОПК-2.3, ОПК-9.1, ОПК-9.2, ПК-3.2	ТЗ, КВ
Раздел 6. Кадровое обеспечение здравоохранения.	ОПК-2.1, ОПК-2.2, ОПК-9.3, ПК-3.1, ПК-3.2	ТЗ, КВ

* виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ), доклад(Д)

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала

ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальные компетенции – УК-1, УК-2

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	Знает: - основные методы критического анализа; - методологию системного подхода; - виды основных информационных источников, нормативных правовых документов в области достижений медицины и фармации; - методы и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - осуществлять поиск и анализировать содержание нормативных правовых документов с целью решения профессиональных задач; - производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты; - выявлять недостаточность и	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ

	недостоверность информации при решении проблемных ситуаций		
УК-2.1. Определяет проблемы проекта и возможные риски	Знает: - проблемы, для решения которых планируется проект; - возможные риски, препятствующие достижению результатов проекта;	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Разделов 2,5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - разрабатывать концепцию проекта в рамках обозначенной проблемы, формулируя цель, задачи, актуальность, значимость, ожидаемые результаты и возможные сферы их применения; - прогнозировать проблемные ситуации и риски в проектной деятельности.	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Разделов 2,5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
УК-2.2. Способен разрабатывать проект в области медицины и здравоохранения и определять критерии его эффективности	Знает: - цели, задачи и принципы формирования проекта в рамках обозначенной проблемы;	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - составлять план-график реализации проекта; - определять критерии эффективности проекта.	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
УК-2.3. Участвует в реализации проекта, проводит контроль этапов и оценку результатов проекта	Знает: - содержание и критерии эффективности каждого этапа проекта;	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - составлять и реализовывать план-контроль реализации проекта	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ из Раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ

Общепрофессиональные компетенции – ОПК-2, ОПК-9

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни	Знает: - Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан - Нормативную правовую основу профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: КВ и ТЗ из Разделов 1,6 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - Организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан. - Организовывать и проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия -	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: КВ и ТЗ из Разделов 1,6 Для промежуточной аттестации: ТЗ

ОПК-2.2. Способен прогнозировать состояние здоровья населения и здравоохранения в РФ с учетом социальных детерминант здоровья населения.	Знает: - принципы, этапы планирования мероприятий в соответствии с целями и задачами - способы уменьшения воздействия факторов риска на здоровье граждан	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздел 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - наполнять этапы плана содержанием с учетом социальных детерминант здоровья, распределять ответственность за каждый этап между членами команды - корректировать план с учетом промежуточных результатов	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздел 1, 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ
ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	Знает: - Показатели и критерии качества оказания медицинской помощи - Виды основных медико-статистических показателей	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ разделы 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - Отбирать, систематизировать и использовать медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи - Делать выводы, оформлять отчетную документацию и представлять результаты оценки качества оказания медицинской помощи	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ разделы 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
ОПК-9.1. Владеет методикой проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья населения	Знает: - медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности; - методы анализ медико-статистических показателей-	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Разделы 3,5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости, инвалидности	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ разделы 3,5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
ОПК-9.2 Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, сохраняя врачебную тайну в работе с персональными	Знает: - требования законодательства в области информационной безопасности и персональных данных; - виды медицинской документации и требования к ее ведению	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Разделы 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - оформлять медицинскую документацию, в том числе в электронном виде, в соответствии с требованиями	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои умения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ разделы 4, 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
ОПК-9.3. Организует деятельность и контролирует выполнение должностных обязанностей находящегося в	Знает: - должностные обязанности находящегося в распоряжении медицинского персонала	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ разделы 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - организовывать рабочие места для	Правильно и в полном объеме	Для текущего контроля: ТЗ, КВ

распоряжении среднего медицинского персонала данными.	находящегося в распоряжении медицинского персонала; - контролировать исполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении медицинского персонала	демонстрирует свои умения	разделы 5 Для промежуточной аттестации: ТЗ
---	--	---------------------------	---

Профессиональные компетенции – ПК-3

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-3.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях	Знает: - принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях - порядки оказания медицинской помощи - особенности оказания различных видов медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздел 1, 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - совершенствовать организационно-управленческую структуру медицинской организации; - формировать систему управления кадрами здравоохранения в медицинской организации		
ПК-3.2 Организует работу структурных подразделений медицинской организации	Знает: - нормативные правовые акты, регулирующие работу структурных подразделений медицинской организации. - принципы организации труда - порядок ведения учетно-отчетной документации	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздел 1, 5,6 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - организовать лечебно-диагностический процесс в структурных подразделениях медицинской организации - организовать работу структурных подразделений медицинской организации по оказанию и предоставлению качественных медицинских услуг		
ПК-3.3. Применяет требования нормативных правовых актов в области менеджмента медицинской помощи в профессиональной деятельности	Знает: - нормативные правовые акты в области менеджмента медицинской помощи в профессиональной деятельности. - принципы организации труда, планово-экономической и финансовой деятельности медицинской организации	Правильно и в полном объеме демонстрирует свои знания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Раздел 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - использовать формы и методы работы, направленные на повышение качества медицинской помощи населению - обеспечить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности		

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Шкала и критерии оценивания результатов для текущего контроля и промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания		
	Собеседование по контрольным вопросам	Выполнение тестовых заданий	Защита реферата
Не зачтено	Неполный ответ (отсутствие ответа) на основной вопрос. Неполный ответ (отсутствие ответа) на уточняющие дополнительные вопросы.	70% и менее	Тема не раскрыта или Выбор источников не обоснован. или Выводы не соответствуют практической значимости.
Зачтено	Полный ответ, или правильный ответ на уточняющие вопросы.	71-100%	Степень раскрытия темы достаточная. Обоснованный выбор источников. Требования к оформлению и структуре реферата соблюдены. Выводы соответствуют практической значимости.

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	. Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к определенной науке, отрасли или объектам, не узнает их в текстах, изображениях или схемах и не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный элемент содержания не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет.

Процедура проведения промежуточной аттестации:

Тестирование. Тестовая база содержит 90 заданий, из которых случайным образом выбирается 30 заданий, на которые студент должен дать ответ за 30 минут

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

Р/Д – темы рефератов/докладов

П – презентации

Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – ОПК-2.1, ОПК-2.2, ПК-3)

1. Характеристика государственного управления в сфере здравоохранения.
2. Принципы, виды и методы планирования в здравоохранении
3. Виды, формы и условия оказания медицинской помощи
4. Виды медицинских организаций для оказания первичной медико-санитарной помощи
5. Характеристика Программы государственных гарантий бесплатного оказания гражданам медицинской помощи
6. Роль медицинских профессиональных некоммерческих организаций в регулировании здравоохранения РФ

Тестовые задания с эталонами ответов (проверяемые индикаторы компетенции – ОПК-2.1, ОПК-2.2, ПК-3)

1. Необходимыми предварительными условиями медицинского вмешательства являются все перечисленные, кроме одного:
 - а) информированное добровольное согласие взрослого пациента;
 - б) согласие родителей ребенка в возрасте до 15 лет;
 - в) **решение врачебной комиссии о необходимости медицинского вмешательства.**
2. В структуру сельского врачебного участка входит:
 - а) районный тубдиспансер
 - б) **участковая больница**
 - в) сан-эпидотдел
3. В структуру сельского врачебного участка входят:
 - а) районный наркодиспансер
 - б) районный тубдиспансер
 - в) **врачебные амбулатории**
4. В структуру сельского врачебного участка входит:
 - а) **здравпункт**
 - б) сан-эпидотдел
 - в) районный наркодиспансер
5. Организует ли центральная районная больница скорую и неотложную помощь:
 - а) нет
 - б) иногда
 - в) **да**

6. Отделение экстренной и планово-консультативной помощи выполняет следующие функции, кроме:

а) проводит заочные консультации

б) анализирует случаи стойкой утраты трудоспособности

в) организации и проведения выездных консультаций врачей-специалистов

7. Коечный фонд областной больницы составляет:

а) 400-500

б) 200-300

в) 700-1000 и более коек

8. Какие лечебно-профилактические заведения могут направлять больных в областные ЛПУ:

а) городские больницы

б) участковые больницы

в) фельдшерско-акушерские пункты

9. Какие лечебно-профилактические заведения могут направлять больных в областные ЛПУ:

а) участковые больницы

б) фельдшерско-акушерские пункты

в) центральные районные больницы

10. Основными задачами областной больницы являются все перечисленные, кроме:

а) оказания организационно-методической помощи медицинским учреждениям области

б) организации санитарно-эпидемиологических мероприятий в области

в) оказания экстренной и плановой медицинской помощи

11. В областную больницу на прием к специалисту узкого профиля могут направить из сельской местности:

а) врач-специалист ЦРБ

б) фельдшер ФАПа

в) участковый врач сельской больницы

12. На каком этапе помощь оказывается районными медицинскими учреждениями:

а) на третьем

б) на втором

в) на первом

13. Сколько существует этапов оказания медицинской помощи сельскому населению:

а) 3

б) 2

в) 4

14. Консультации больных осуществляются всеми, кроме:

а) специалистов через оперативный отдел

б) прикрепленных к отделениям специалистов

в) консультантов, привлеченных родственниками больных без согласования с администрацией больницы

15. Какой показатель вычисляется отношением числа умерших больных к числу выбывших больных:

- а) **общая летальность**
- б) частная летальность
- в) досуточная летальность

Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.2, УК-2)

- 7. Факторы среды обитания, оказывающие вредное влияние на организм человека
- 8. Современные тенденции в состоянии здоровья населения
- 9. Заболеваемость населения
- 10. Международная классификация болезней и проблемы, связанные со здоровьем X пересмотра
- 11. Дайте характеристику демографическим показателям.
- 12. Национальные проекты в области здравоохранения, демографии и общественного здоровья.

Тестовые задания с эталонами ответов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.2, УК-2)

- 16. Определите, как характеризуется в настоящее время демографическая ситуация в Российской Федерации:
 - а) увеличением естественного прироста
 - б) нулевым естественным приростом
 - в) **отрицательным естественным приростом**
- 17. Что такое общественное здоровье:
 - а) система социально-экономических мероприятий по охране здоровья
 - б) **наука о закономерностях здоровья**
 - в) наука о социальных проблемах медицины
- 18. Основными группами показателей общественного здоровья являются:
 - а) показатели соотношения, наглядности, инвалидности
 - б) **показатели инвалидности, заболеваемости, физического развития, демографические показатели**
 - в) показатели заболеваемости, летальности, инвалидности
- 19. Что является предметом изучения общественного здоровья и здравоохранения:
 - а) **здоровье населения и факторы, влияющие на него**
 - б) здоровье работающего населения
 - в) эпидемиология заболеваний
- 20. Общественное здоровье характеризует здоровье:
 - а) Населения в целом
 - б) Отдельных возрастно-половых групп населения
 - в) Каждого жителя страны
 - г) Каждого жителя региона
 - д) Больных, страдающих каким-либо хроническим заболеванием
 - е) **Населения в целом, отдельные возрастно-половые группы населения и больные, страдающие каким-либо хроническим заболеванием**
 - ж) Населения в целом, отдельные возрастно-половые группы населения и больные,

страдающих каким-либо хроническим заболеванием, каждого жителя страны или региона
з) Все ответы не правильные

21. Что из перечисленного является основными группами показателей общественного здоровья:

- а) Показатели заболеваемости
- б) Обращения за медицинской помощью
- в) Показатели инвалидности
- г) Показатели физического развития
- д) Демографические показатели
- е) Летальность

ж) Показатели заболеваемости, показатели инвалидности, показатели физического развития, демографические показатели

22. Что относится к группам факторов, определяющих общественное здоровье:

- а) Биологические
- б) Природно-климатические
- в) Социально-экономические
- г) Образ жизни
- д) Уровень организации медицинской помощи
- е) Биологические, природно-климатические, социально-экономические, образ жизни, уровень организации медицинской помощи**
- ж) Биологические; Природно-климатические; Социально-экономические; Образ жизни; Уровень организации медицинской помощи; Биологические, природно-климатические, социально-экономические, образ жизни, уровень организации медицинской помощи

23. Что является основной задачей демографической политики Российской Федерации на период до 2025 года:

- а) Сокращение уровня смертности в 1,6 раза, особенно в трудоспособном возрасте от внешних причин
- б) Сокращение уровня материнской и младенческой смертности в 2 раза
- в) Укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков
- г) Увеличение продолжительности активной жизни
- д) Существенное снижение уровня заболеваемости социально-значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями
- е) Повышение уровня рождаемости в 1,5 раза, за счёт рождения в семьях второго ребёнка и последующих детей
- ж) Привлечение мигрантов в соответствии с потребностями демографического развития
- з) Сокращение уровня смертности в 1,6 раза, особенно в трудоспособном возрасте от внешних причин, сокращение уровня материнской и младенческой смертности в 2 раза, укрепление репродуктивного здоровья населения, здоровья детей и подростков, увеличение продолжительности активной жизни, существенное снижение уровня заболеваемости социально-значимыми и представляющими опасность для окружающих заболеваниями, повышение уровня рождаемости в 1,5 раза, за счёт рождения в семьях второго ребёнка и последующих детей, привлечение мигрантов в соответствии с потребностями демографического развития**

24. Как рассматривается здоровье населения :

- а) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды
- б) совокупность показателей, характеризующих здоровье общества как целостного функционирующего организма

в) многофакторная проблема, включающая в себя цели и задачи по изучению здоровья населения и влияющих факторов окружающей среды; совокупность показателей, характеризующих здоровье общества как целостного функционирующего организма

25. Что необходимо для обеспечения доступности и адекватности лекарственной помощи:

- а) совершенствовать механизмы государственного регулирования лекарственного обеспечения
- б) обеспечить государственную поддержку отечественных производителей лекарственных средств
- в) совершенствовать организацию обеспечения лекарственными средствами и управление фармацевтической деятельностью
- г) совершенствовать механизмы государственного регулирования лекарственного обеспечения; обеспечить государственную поддержку отечественных производителей лекарственных средств; совершенствовать организацию обеспечения лекарственными средствами и управление фармацевтической деятельностью**

26. Общественное здоровье характеризует здоровье:

- а) Населения в целом
- б) Отдельных возрастно-половых групп населения
- в) Каждого жителя страны
- г) Каждого жителя региона
- д) Больных, страдающих каким — либо хроническим заболеванием
- е) Населения в целом, отдельных возрастно-половых групп населения, больных, страдающих каким — либо хроническим заболеванием**
- ж) Населения в целом, отдельных возрастно-половых групп населения, больных, страдающих каким — либо хроническим заболеванием, каждого жителя страны и региона
- з) Все ответы не правильные

27. Группы факторов, определяющие общественное здоровье:

- а) Биологические
- б) Природно-климатические
- в) Социально-экономические
- г) Образ жизни
- д) Уровень организации медицинской помощи
- е) Биологические, природно-климатические, социально-экономические, образ жизни, уровень организации медицинской помощи**

28. Год начала истории отечественной страховой медицины:

- а) к 1912 г.**
- б) к 1922 г.
- в) к 1991 г.

29. Основатель кафедры общественного здоровья и здравоохранения в нашей стране:

- а) Ю.П. Лисицын
- б) Н.А. Семашко**
- в) З.З. Френкель
- г) А.В. Петров
- д) З.П. Соловьев

30. Что включает в себя задача по повышению уровня рождаемости согласно

демографической политики РФ до 2025 года:

- а) Поддержка семей, имеющих детей;
- б) Предоставление пособий в связи с рождением и воспитанием детей;
- в) Усиление стимулирующей роли господдержки семей, имеющих детей в форме предоставления материнского (семейного) капитала с расширением образованием услуг для тетей, масштабное строительство доступного жилья для семей с детьми;
- г) Развитие ипотечного кредитования;
- д) Реализация региональных программ, обеспечение жильём молодых семей.
- е) Поддержка семей, имеющих детей; Предоставление пособий в связи с рождением и воспитанием детей; Усиление стимулирующей роли господдержки семей, имеющих детей в форме предоставления материнского (семейного) капитала с расширением образованием услуг для тетей, масштабное строительство доступного жилья для семей с детьми; Развитие ипотечного кредитования; Реализация региональных программ, обеспечение жильём молодых семей.**

Раздел 3. Биостатистика.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – 9.1)

- 13. Перечислите и опишите этапы статистического исследования.
- 14. Дайте определение генеральной совокупности и выборки.
- 15. Дайте определение репрезентативности.
- 16. Дайте определение нулевой и альтернативной гипотез. Опишите ошибки первого и второго рода.
- 17. Дайте определение ранга.
- 18. Дайте определение вариационного ряда.
- 19. Дайте определение варианты.
- 20. Дайте определение достоверности. Критерии достоверности.
- 21. Дайте определение корреляционной связи.
- 22. Сформулируйте основные предположения регрессионного анализа.
- 23. Виды дизайна клинических исследований.
- 24. Перечислите виды систематических ошибок.
- 25. Дайте определение уровня доказательности и класса рекомендаций.

Тестовые задания с эталонами ответов (проверяемые индикаторы компетенции – 9.1)

- 31. Биомедицинская статистика
 - а) не является необходимой областью знания для врача
 - б) это инструмент для анализа экспериментальных данных и клинических наблюдений**
 - в) слишком сложна для восприятия медицинского работника
 - г) не нужна в публикационных медицинских материалах
- 32. Научная гипотеза
 - а) рассказ об исследовании
 - б) метод анализа данных
 - в) предположение о сущности факта или ряда фактов**
 - г) совпадает с целью исследования
- 33. Статистика может
 - а) улучшить выборку
 - б) дать статистическое оценивание результатов исследования**
 - в) исправить ошибки в измерениях

- г) оценить неизвестные признаки
34. Статистика не может
- исправить ошибки в измерениях**
 - провести статистическое оценивание
 - выполнить проверку гипотез
 - провести статистическое моделирование
35. Статистические результаты, как правило
- точные
 - вероятностные**
 - невозможно описать
 - не встречаются в жизни
36. В статистическом анализе наиболее важно
- уметь корректно поставить задачу исследования, выбрать нужный метод**
 - освоить современный инструмент компьютерного анализа
 - знать формулы расчета
 - завуалировать недостатки данных
37. Что означает репрезентативность выборки
- идет сравнение «собак с кошками»
 - однородность выборки
 - выборка отражает свойства основной совокупности (данные извлечены случайным образом)**
 - исследование проспективное
38. Выборка является репрезентативной, если
- она отражает свойства основной совокупности, то есть данные случайно (равновероятно) извлечены из совокупности**
 - если содержит только качественные признаки
 - если относится к социально-гигиеническим исследованиям
 - если состоит только из клинических наблюдений
39. От чего зависит выбор статистического критерия
- от типа признака и вида исследования**
 - от возможности исследователя
 - от знаний руководителя
 - от настроения и времени года
40. Нулевая гипотеза
- принимается в статистике в качестве рабочей гипотезы**
 - принимается в качестве альтернативной гипотезы
 - имеет большую вероятность
 - имеет малую вероятность
41. Нулевая гипотеза
- предполагает, что различия статистически значимы
 - стандартизует один из признаков, присваивая ему нулевое значение
 - это отсутствие всяческих предположений
 - предполагает, что различия значений признака в сравниваемых группах статистически незначимы**

42. Что такое ошибка первого рода:
- а) **вероятность найти различия там, где их на самом деле нет**
 - б) вероятность не найти различий там, где они есть
 - в) некорректное применение статистического критерия
 - г) отсутствие научной гипотезы
43. Что такое ошибка второго рода:
- а) вероятность найти различия там, где их на самом деле нет
 - б) **вероятность не найти различий там, где они есть**
 - в) некорректное применение статистического критерия
 - г) отсутствие научной гипотезы
44. Что такое «распределение признака»:
- а) область возможных значений признака
 - б) **абсолютная или относительная частота встречаемости конкретных значений признака**
 - в) тип признака
 - г) стандартное отклонение
45. Распределение не является нормальным, если
- а) значение среднего обязательно близко к медиане (различие не более 20%)
 - б) в интервал $\pm\sigma$ попадает 68% значений признака
 - в) в интервал $\pm 2\sigma$ попадает 95% значений признака
 - г) **оно асимметрично**

Раздел 4. Экспертиза нетрудоспособности.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – ОПК-2.3, ОПК-9.2)

26. Кто имеет и не имеет право на выдачу документов, удостоверяющих нетрудоспособность?
27. Каков порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность?
28. Каков порядок выдачи листка нетрудоспособности на период санаторно-курортного лечения, по уходу за больным членом семьи, здоровым ребёнком и ребёнком-инвалидом, при карантине, при протезировании, по беременности и родам?
29. Дайте определение стойкой нетрудоспособности, каким рядом факторов она определяется?
30. Что такое электронный листок нетрудоспособности, при каких условиях он выдаётся?

Тестовые задания с эталонами ответов (проверяемые индикаторы компетенции – ОПК-2.3, ОПК-9.2)

46. Листок временной нетрудоспособности по уходу за детьми в возрасте до 18 лет, инфицированными вирусом иммунодефицита человека
- а) выдается на срок до 30 дней при совместном пребывании с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;
 - б) **выдается на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении;**
 - в) выдается на срок до 15 дней при совместном пребывании с ребенком в

- стационарном лечебно-профилактическом учреждении;
- г) не выдается;
- д) выдается на срок до 21 дня при совместном пребывании с ребенком в стационарном лечебно-профилактическом учреждении.

47. Листок временной нетрудоспособности по уходу за детьми в возрасте до 18 лет при их болезни, связанной с поствакцинальным осложнением

- а) **выдается на весь период амбулаторного лечения;**
- б) не выдается;
- в) выдается на срок до 45 дней при совместном пребывании с ребенком в стационарных условиях;
- г) выдается на срок до 30 дней при амбулаторном лечении;
- д) **выдается на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях.**

48. Листок временной нетрудоспособности по уходу за ребенком-инвалидом в возрасте до 18 лет

- а) выдается за весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях, но не более чем за 120 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком; 2) **выдается за весь период лечения ребенка при совместном пребывании с ребенком в стационарных условиях;**
- б) не выдается;
- в) выдается за весь период при совместном пребывании с ребенком в стационарных условиях, но не более чем за 120 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
- г) **выдается за весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях.**

49. Пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте от 7 до 15 лет выплачивается

- а) за период до 10 календарных дней по каждому случаю лечения ребенка в амбулаторных условиях или стационарного совместного пребывания, но не более чем за 45 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
- б) по всем случаям ухода за этим ребенком;
- в) за период до 15 календарных дней по каждому случаю лечения ребенка в амбулаторных условиях или стационарного совместного пребывания, но не более чем за 60 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
- г) **за период до 15 календарных дней по каждому случаю лечения ребенка в амбулаторных условиях или стационарного совместного пребывания, но не более чем за 45 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;**
- д) за период до 10 календарных дней по каждому случаю лечения ребенка в амбулаторных условиях или стационарного совместного пребывания, но не более чем за 30 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком.

50. При заполнении листка нетрудоспособности в строке «по уходу» родственная связь с заболевшим ребенком, попечитель указывается двухзначным кодом

- а) 39;
- б) 42;
- в) 38;

- г) **41;**
- д) 40.

51. При заполнении листка нетрудоспособности в строке «по уходу» родственная связь с заболевшим ребенком мать указывается двухзначным кодом

- а) **38;**
- б) 42;
- в) 40;
- г) 39;
- д) 41.

52. Листок нетрудоспособности выдается

- а) **в форме документа на бумажном носителе на бланке утвержденного образца;**
- б) **в форме электронного документа, подписанного с использованием усиленной квалифицированной электронной подписи медицинским работником и медицинской организацией;**
- в) в форме произвольного электронного документа;
- г) в форме документа на бумажном носителе любого образца;
- д) обязательно одновременно в форме документа на бумажном носителе и электронного документа.

53. Задачами экспертизы временной нетрудоспособности являются:

- а) **определение сроков временной утраты трудоспособности пациента;**
- б) **оценка состояния здоровья пациента;**
- в) определение финансовой компенсации на период временной нетрудоспособности пациента;
- г) оценка условий труда пациента;
- д) **определение степени временной утраты трудоспособности пациента.**

54. Пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 18 лет, являющимся ВИЧ-инфицированным, выплачивается

- а) за 90 дней совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях;
- б) за 21 день совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях;
- в) за 30 дней совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях;
- г) **за весь период совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях;**
- д) за 60 дней совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях.

55. Лечащий врач может единолично выдать листки нетрудоспособности максимальным сроком

- а) до семи календарных дней включительно;
- б) до двадцати одного календарного дня включительно;
- в) до десяти календарных дней включительно;
- г) до тридцати календарных дней включительно;
- д) **до пятнадцати календарных дней включительно.**

56. При заполнении листка нетрудоспособности в строке «Причина нетрудоспособности» в случае ухода за больным членом семьи указывается двухзначным кодом

- а) 14;
- б) 12;
- в) **09;**
- г) 13;
- д) 15.

57. Фельдшер может единолично выдать листки нетрудоспособности максимальным сроком

- а) до пяти календарных дней включительно;
- б) **до десяти календарных дней включительно;**
- в) до трех календарных дней включительно;
- г) до пятнадцати календарных дней включительно;
- д) до семи календарных дней включительно.

58. При карантине листок нетрудоспособности по уходу за ребенком до 7 лет, посещающим дошкольное образовательное учреждение

- а) выдается на 10 дней;
- б) не выдается;
- в) **выдается на весь период карантина;**
- г) выдается на 15 дней;
- д) выдается на 7 дней.

59. При заполнении листка нетрудоспособности в строке «по уходу» родственная связь с заболевшим ребенком родственника, фактически осуществляющего уход, указывается двухзначным кодом

- а) 39;
- б) 40;
- в) **42;**
- г) 41;
- д) 38.

60. В медицинских организациях листок нетрудоспособности выдают

- а) врачи организаций скорой медицинской помощи;
- б) врачи центров медицинской профилактики;
- в) **фельдшеры и зубные врачи фельдшеры и зубные врачи;**
- г) лечащие врачи;
- д) **лечащие врачи клиник научно-исследовательских учреждений.**

Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-2.1, ОПК-2.3, ОПК-9.1,

ОПК-9.2, ПК-3.2)

- 31. Критерии и показатели качества медицинской помощи.
- 32. Дайте характеристику стандартам медицинской помощи.
- 33. Приведите примеры стандартизации в здравоохранении
- 34. Дайте характеристику порядкам оказания медицинской помощи.
- 35. Дайте характеристику клиническим рекомендациям.
- 36. Организация внутреннего контроля качества медицинской помощи.

Тестовые задания с эталонами ответов (проверяемые индикаторы компетенции – УК-2.1, ОПК-2.3, ОПК-9.1, ОПК-9.2, ПК-3.2)

61. Показатель суточной летальности определяется:

- а) отношением числа поступивших в стационар к числу умерших в первые сутки
- б) **отношением числа умерших в первые сутки после поступления к числу умерших в больнице**

в) отношением числа выбывших из стационара к числу умерших в первые сутки

62. Организация диспансерного наблюдения включает все перечисленное, кроме одного:

- а) **регулирование потока посетителей поликлиники;**
- б) активное динамическое наблюдение и лечение;
- в) проведение лечебно-оздоровительных мероприятий;
- г) активное выявление и взятие на учет больных и лиц с факторами риска;
- д) анализ качества и эффективности диспансерного наблюдения.

63. Основными путями улучшения участковой службы являются следующие, кроме:

- а) **введение платы за обслуживание в поликлинике**
- б) повышении квалификации заведующих отделениями
- в) совершенствование информационного обеспечения

64. Эффективность диспансерного наблюдения оценивается всеми перечисленными показателями, кроме одного:

- а) полнота взятия на диспансерное наблюдение;
- б) своевременность взятия на диспансерное наблюдение;
- в) кратность обострений заболеваний;
- г) процент перевода по группам диспансерного наблюдения;
- д) **процент совпадения поликлинических и клинических диагнозов.**

65. Основными показателями деятельности врача-терапевта в поликлинике являются все перечисленные, кроме одного:

- а) нагрузка на врачебную должность;
- б) средняя длительность лечения больного;
- в) процент совпадения поликлинических и клинических диагнозов;
- г) эффективность диспансеризации.

66. Для качества врачебной диагностики в стационарных учреждениях используется показатель:

- а) частота осложнений;
- б) средняя длительность лечения больного;
- в) летальность;
- г) частота повторных госпитализаций;
- д) **частота расхождений стационарных и патологоанатомических диагнозов.**

67. Врач общей практики (семейный врач) заполняет все перечисленные учетные документы, кроме одного:

- а) медицинскую карту амбулаторного больного;
- б) талон амбулаторного пациента;
- в) историю развития ребенка;
- г) дневник работы врача общей практики (семейного врача);
- д) **листок учета больных и коечного фонда.**

68. Медико-экономические стандарты состоят из всех перечисленных компонентов, кроме одного:

- а) медицинская технология;
- б) конечные результаты выполнения медицинской технологии;
- в) стоимость выполнения медицинской технологии;
- г) **расчет стоимости выполнения определенного метода лечения.**

69. Дайте определение понятия «качество медицинской помощи»
- а) **совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, правильность выбора методов профилактики, диагностики, лечения и реабилитации при оказании медицинской помощи, степень достижения запланированного результата**
 - б) совокупность характеристик, отражающих своевременность оказания медицинской помощи, степень достижения запланированного результата

70. Что такое медицинская (санитарная) статистика:

- а) анализ деятельности ЛПУ
- б) отрасль статистики, изучающая вопросы, связанные с медициной, гигиеной, санитарией и здравоохранением**
- в) отрасль статистики, изучающая вопросы заболеваемости

71. Что включает в себя первый этап медико – статистического исследования:

- а) сводка материала
- б) составление программы и плана исследования**
- в) выводы и предложения

72. Какие диагнозы устанавливаются в стационаре на фоне других заболеваний и увеличивают совокупность случаев данного заболевания:

- а) совпавшие
- б) ошибочные
- в) просмотренные**

73. Какие диагнозы устанавливаются в стационаре на фоне других заболеваний и увеличивают совокупность случаев данного заболевания:

- а) ошибочные
- б) неправильные**
- в) несовпавшие

74. Изучение заболеваемости по данным медицинских осмотров является статистическим исследованием:

- а) единовременным**
- б) текущим
- в) анамнестическим

75. Какие диагнозы будучи исправленными уменьшают совокупность случаев данного заболевания:

- а) совпавшие
- б) просмотренные
- в) ошибочные**

Раздел 6. Кадровое обеспечение здравоохранения.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – ОПК-2.1, ОПК-2.2, ОПК-9.3, ПК-3.1, ПК-3.2)

37. Цели и задачи государства в области кадровой политики здравоохранения.

38. Мероприятия, направленные на ликвидацию кадрового дефицита.

39. Номенклатуры, специалистов, должностей и квалификационные требования.

40. Дайте характеристику профессиональным стандартам.

41. Система подготовки медицинских кадров в РФ

42. Допуск к профессиональной деятельности и аккредитация специалистов.

Тестовые задания с эталонами ответов (проверяемые индикаторы компетенции – ОПК-2.1, ОПК-9.3, ПК-3.1, ПК-3.2)

76. Трудовые правоотношения в учреждениях здравоохранения в условиях медицинского страхования регулируются всеми перечисленными нормативными документами, кроме одного:

- а) Конституция РФ;
- б) Трудовой кодекс;
- в) трудовой договор (контракт);
- г) **закон «О медицинском страховании граждан в РФ».**

77. Документами, дающими право заниматься медицинской или фармацевтической деятельностью, являются:

- а) диплом об окончании высшего или среднего медицинского (фармацевтического) учебного заведения;
- б) сертификат специалиста;
- в) **лицензия;**
- г) свидетельство об окончании курсов повышения квалификации.

78. Требование к наличию свидетельства об аккредитации специалиста для осуществления медицинской деятельности утверждается:

- а) федеральным законом «Об образовании в РФ»
- б) приказом Минтруда России
- в) Трудовым кодексом РФ
- г) **федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»**

79. Профессиональный стандарт — это:

- а) **характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой функции**
- б) раздел должностной инструкции, регламентирующий функциональные обязанности
- в) часть образовательного стандарта, описывающая знания, умения, навыки
- г) норматив нагрузки на медицинский персонал медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации)

80. Портфолио специалиста формируется:

- а) **самостоятельно**
- б) работодателем
- в) аккредитационной комиссией
- г) непосредственным руководителем работника

81. Не является видом аккредитации специалистов:

- а) периодическая
- б) **дополнительная**
- в) первичная специализированная
- г) первичная

82. Аккредитация специалиста проводится аккредитационной комиссией:

- а) по окончании профессиональной переподготовки
- б) по окончании ординатуры
- в) по окончании повышения квалификации
- г) не реже одного раза в пять лет

83. Виды аккредитации:

- а) первичная
- б) первичная специализированная**
- в) специализированная
- г) периодическая

84. Этапом периодической аккредитации является:

- а) оценка портфолио**
- б) тестирование
- в) оценка практических навыков в симулированных условиях
- г) решение ситуационных задач

85. Этапом первичной аккредитации является:

- а) оценка портфолио
- б) тестирование**
- в) оценка практических навыков в симулированных условиях**
- г) решение ситуационных задач**

86. Этапом первичной специализированной аккредитации является:

- а) оценка портфолио
- б) тестирование**
- в) оценка практических навыков в симулированных условиях**
- г) решение ситуационных задач**

87. Должностная инструкция – это:

- а) инструкция директора, которую необходимо выполнять в обязательном порядке;
- б) документ, в котором отмечены нарушители распорядка дня в офисе;
- в) организационно-распорядительный документ длительного или постоянного срока действия (до введения новой), в котором определены научно-технические, технологические, финансовые и другие стороны деятельности организации, ее подразделений и должностных лиц;**

88. Лицам, успешно прошедшим аккредитацию специалистов, выдается:

- а) сертификат специалиста
- б) свидетельство об аккредитации специалиста**
- в) удостоверение об аккредитации специалиста
- г) справка об аккредитации специалиста

89. Дайте определение понятия «медицинский работник»

- а) физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности, либо физическое лицо, которое является индивидуальным предпринимателем, непосредственно осуществляющим медицинскую деятельность**

б) физическое лицо, которое имеет медицинское или иное образование, работает в медицинской организации и в трудовые (должностные) обязанности которого входит осуществление медицинской деятельности

90) Профессиональный стандарт — это:

а) характеристика квалификации, необходимой работнику для осуществления определенного вида профессиональной деятельности, в том числе выполнения определенной трудовой функции

б) раздел должностной инструкции, регламентирующий функциональные обязанности

в) часть образовательного стандарта, описывающая знания, умения, навыки

г) норматив нагрузки на медицинский персонал медицинской организации (структурного подразделения медицинской организации)

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Тестовые задания

Укажите определение здоровья, данное в Уставе ВОЗ:

а) здоровье - это состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему наилучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции;

б) **здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов;**

в) здоровье - это состояние организма, при котором он функционирует оптимально без признаков заболевания или какого-либо нарушения.

2. Основными группами показателей общественного здоровья являются:

а) показатели заболеваемости, физического развития, инвалидности, естественного движения населения;

б) **демографические показатели, показатели естественного движения населения, заболеваемости, инвалидности, физического развития;**

в) демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития.

3. Среди факторов, определяющих здоровье населения, лидируют:

а) экологические;

б) биологические;

в) **образ жизни;**

г) уровень организации медицинской помощи;

д) качество медицинской помощи.

4. Показатели физического развития используются для всех перечисленных целей, кроме одной:

а) оценки эффективности проводимых оздоровительных мероприятий;

б) стандартизации одежды, обуви, рациональной организации рабочих мест;

в) определения тактики ведения родов;

г) определения конституциональной предрасположенности, конституциональных особенностей течения заболеваний;

д) **оценки эффективности диспансеризации.**

5. Данные о заболеваемости применяются для всех перечисленных целей, кроме одной:

а) комплексной оценки общественного здоровья;

- б) оценки качества и эффективности деятельности учреждений здравоохранения;
- в) **комплексной оценки демографических показателей;**
- г) определения потребностей населения в различных видах лечебно-профилактической помощи;
- д) совершенствования социально-экономических, медицинских мероприятий, направленных на сохранение здоровья населения.

6. Для вычисления показателя первичной заболеваемости необходимы следующие данные:

- а) число впервые зарегистрированных за год заболеваний и число прошедших медосмотры;
- б) **число впервые зарегистрированных за год заболеваний и численность населения;**
- в) число всех имеющихся у населения заболеваний и численность населения.

7. Показатель общей заболеваемости характеризует:

- а) число впервые зарегистрированных за год заболеваний;
- б) число заболеваний, выявленных при проведении медицинских осмотров;
- в) **общее число всех имеющихся у населения болезней, как впервые выявленных, так и зарегистрированных в предыдущие годы.**

8. В соответствии с МКБ-10 острые респираторные вирусные инфекции включены в класс:

- а) **болезней органов дыхания;**
- б) болезней нервной системы;
- в) инфекционных и паразитарных болезней.

9. Основными методами изучения заболеваемости являются все перечисленные, кроме одного:

- а) по данным обращаемости за медицинской помощью;
- б) **по данным инвалидности;**
- в) по данным о причинах смерти;
- г) по данным медицинских осмотров.

10. Средняя продолжительность предстоящей жизни мужчин в России в 2021 году составляет:

- а) **58-62 лет;**
- б) 63-66 лет;
- в) 66-70 лет;
- г) 72-76 лет;
- д) 76-80 лет.

11. Средняя продолжительность предстоящей жизни женщин в России в 2021 году составляет:

- а) 55-60 лет;
- б) 61-65 лет;
- в) 66-70 лет;
- г) **72-76 лет;**
- д) 76-80 лет.

12. Младенческая смертность - это смертность детей:

- а) на первой неделе жизни;
- б) на первом месяце жизни;

в) **на первом году жизни.**

13. Показатель младенческой смертности рассчитывается на:

- а) среднегодовую численность населения;
- б) число детей, родившихся живыми за год;
- в) **число детей, родившихся живыми и мертвыми за год;**
- г) среднегодовую численность детского населения.

14. В структуре причин младенческой смертности в России в настоящее время первое ранговое место занимают:

- а) врожденные аномалии;
- б) **отдельные состояния, возникающие в перинатальном периоде;**
- в) инфекционные и паразитарные болезни;
- г) травмы и отравления;
- д) болезни органов дыхания.

15. В структуре причин смертности в России в настоящее время первое ранговое место занимают:

- а) злокачественные новообразования;
- б) **болезни системы кровообращения;**
- в) инфекционные и паразитарные болезни;
- г) травмы и отравления;
- д) болезни органов дыхания.

16. В структуре заболеваемости детей, подростков и взрослых в России в настоящее время первое ранговое место принадлежит:

- а) злокачественным новообразованиям;
- б) болезням системы кровообращения
- в) инфекционным и паразитарным болезням;
- г) травмам и отравлениям;
- д) **болезням органов дыхания.**

17. В структуре причин инвалидности в России в настоящее время первое ранговое место принадлежит:

- а) злокачественным новообразованиям;
- б) **болезням системы кровообращения;**
- в) инфекционным и паразитарным болезням;
- г) травмам и отравлениям;
- д) болезням органов дыхания.

18. В структуре причин временной нетрудоспособности в России в настоящее время первое ранговое место принадлежит:

- а) злокачественным новообразованиям;
- б) болезням системы кровообращения;
- в) инфекционным и паразитарным болезням;
- г) травмам и отравлениям;
- д) **болезням органов дыхания.**

19. Процесс формирования здорового образа жизни включает все перечисленное, кроме одного:

- а) информирование населения о факторах риска;
- б) формирование убежденности в необходимости сохранения здоровья;

- в) **повышение материального благосостояния;**
- г) воспитание навыков здорового образа жизни.

20. Основными направлениями формирования здорового образа жизни являются все перечисленные, кроме одного:

- а) создание позитивных для здоровья факторов;
- б) **повышение эффективности деятельности служб здравоохранения;**
- в) активизация позитивных для здоровья факторов;
- г) устранение факторов риска;
- д) минимизация факторов риска.

21. Обязательными условиями формирования здорового образа жизни являются все перечисленные, кроме одного:

- а) **повышение эффективности диспансеризации;**
- б) рациональное индивидуальное поведение;
- в) осуществление общегосударственных мероприятий по созданию здоровых условий жизни;
- г) формирование установок на здоровье в обществе.

22. Ведущими факторами риска возникновения и неблагоприятного течения сердечно-сосудистых заболеваний являются все перечисленные, кроме одного:

- а) злоупотребление алкоголем;
- б) **проведение закаливания;**
- в) низкая физическая активность;
- г) курение;
- д) избыточная масса тела.

23. Ведущими факторами риска возникновения и неблагоприятного течения онкологических заболеваний являются все перечисленные, кроме одного:

- а) злоупотребление алкоголем;
- б) **избыточная масса тела;**
- в) пассивное курение;
- г) активное курение.

24. Ведущим фактором риска травматизма является:

- а) **злоупотребление алкоголем;**
- б) проведение закаливания;
- в) низкая физическая активность;
- г) пассивное курение;
- д) активное курение.

25. Интенсивный показатель заболеваемости:

- а) **уровень, частота заболеваний среди населения**
- б) структура заболеваемости
- в) средняя длительность пребывания больного на койке

26. Что является интенсивными показателями:

- а) структура материнской смертности
- б) **показатель рождаемости**
- в) средняя длительность пребывания больного в стационаре

27. Демографическая политика – это совокупность мероприятий, направленных на:

- а) Повышение рождаемости

- б) Снижение рождаемости
- в) Стабилизацию рождаемости
- г) **Оптимизацию показателей естественного прироста населения**
- д) Снижение смертности
- е) Повышение рождаемости; Снижение рождаемости; Стабилизацию рождаемости; Оптимизацию показателей естественного прироста населения; Снижение смертности

28. Выберите организации, которые подлежат лицензированию:

- а) медицинские организации, обеспечивающие программы ОМС
- б) **все без исключения медицинские организации, учреждения, предприятия**
- в) это не обязательная процедура

29. Что изучает демография:

- а) здоровье населения
- б) факторную обусловленность здоровья
- в) **численность, состав и воспроизводство населения в его общественном развитии**
- г) вопросы брачности и плодовитости
- д) закономерности маятниковой миграции населения

30. Определите, как характеризуется в настоящее время демографическая ситуация в Российской Федерации:

- а) Увеличением естественного прироста
- б) Нулевым естественным приростом
- в) **Отрицательным естественным приростом**
- г) Демографическим взрывом
- д) Волнообразностью демографического прогресса

31. Применение статистических методов в медицине требует

- а) заучивания формул
- б) умения отыскать табличное значение
- в) **понимания сути задачи, возможностей и ограничений стат методов, корректной интерпретации результатов**
- г) использования конкретной компьютерной программы

32: Совокупность случайно отобранных объектов называется

- а) генеральной совокупностью
- б) **выборочной совокупностью**
- в) простой совокупностью
- г) повторной совокупностью

33: Все мыслимые объекты некоторого источника наблюдений называются

- а) **генеральной совокупностью**
- б) случайным коллективом
- в) совокупностью объектов
- г) множеством объектов

34: Если каждый объект генеральной совокупности имеет одинаковую вероятность попасть в выборку, то выборка называется

- а) простой
- б) **репрезентативной**
- в) генеральной

35: Выборка – это

- а) **ограниченное число выбранных случайным образом элементов**
- б) ограниченное число элементов, выбранных неслучайно
- в) большая совокупность элементов, для которой оцениваются характеристики

36: В ящике содержится 100 красных, 300 зеленых, 200 синих и 200 белых шаров. Из ящика наудачу извлекают 150 шаров. Объем выборки составляет ... шаров

- а) **150**
- б) 100
- в) 200
- г) 800

37: Количество наблюдений, попавших в заданный интервал интервальной таблицы, называется

- а) **частотой**
- б) частотью
- в) относительной частотой
- г) накопленной частотой

38: Количество наблюдений, попавших в заданный интервал интервальной таблицы, деленное на объем выборки, называется

- а) частотой
- б) **частотностью**
- в) относительной частотой
- г) накопленной частотой

39: Статистическая совокупность это

- а) **группа относительно однородных элементов (единиц наблюдения), взятых в единых границах времени и пространства**
- б) группа объектов, обладающих признаками сходства и различия
- в) группа определенных признаков
- г) группа явлений, объединенных в соответствии с целью исследования

40: Выборочная совокупность это

- а) **часть генеральной совокупности, отобранная специальными методами и предназначенная для ее характеристики**
- б) все единицы наблюдения, которые могут быть отнесены к ней в соответствии с целью исследования
- в) группа, состоящая из относительно однородных элементов, взятых в единых границах времени и пространства
- г) совокупность, состоящая из всех единиц наблюдения, которые могут быть к ней отнесены в соответствии с целью исследования

45: Репрезентативность – это

- а) **способность выборочной совокупности наиболее полно представлять генеральную**
- б) достаточный объем выборочной совокупности
- в) достаточный объем генеральной совокупности
- г) непохожесть выборочной совокупности на генеральную

46. Экспертиза временной нетрудоспособности – один из видов экспертизы

- а) культурологической;

- б) финансово-экономической;
- в) **медицинской;**
- г) социальной;
- д) условий труда.

47. Листок временной нетрудоспособности по уходу за ребенком при карантине выдается, если ребенок в возрасте

- а) до 5 лет;
- б) до 15 лет;
- в) до 10 лет;
- г) до 7 лет;
- д) **до 18 лет.**

48. Листок временной нетрудоспособности по уходу за детьми в возрасте до 18 лет при их болезни, связанной с злокачественными новообразованиями

- а) **выдается на весь период амбулаторного лечения;**
- б) выдается на срок до 30 дней при амбулаторном лечении;
- в) выдается на срок до 45 дней при совместном пребывании с ребенком в стационарных условиях;
- г) не выдается;
- д) **выдается на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях.**

49. Не выдают листки нетрудоспособности медицинские работники

- а) клиник научно-исследовательских институтов;
- б) **приемных отделений больничных учреждений;**
- в) **организаций скорой медицинской помощи;**
- г) **бальнеологических лечебниц и грязелечебниц;**
- д) **центров медицины катастроф.**

50. При заполнении листка нетрудоспособности в строке «по уходу» родственная связь с заболевшим ребенком, опекун указывается двухзначным кодом

- а) 41;
- б) 42;
- в) 38;
- г) **40;**
- д) 39.

51. Листок нетрудоспособности по уходу за больным ребенком выдается медицинским работником

- а) только матери или бабушке;
- б) только родителям; 3) только матери;
- в) **одному из членов семьи, фактически осуществляющему уход;**
- г) любому члену семьи женского пола.

52. Листок временной нетрудоспособности по уходу за ребенком в возрасте от 7 до 15 лет

- а) не выдается;
- б) **выдается на срок до 15 дней при амбулаторном лечении по каждому случаю заболевания, если по заключению врачебной комиссии не требуется большего срока;**
- в) **выдается на срок до 15 дней при совместном пребывании с ребенком в стационарных условиях по каждому случаю заболевания, если по заключению**

- врачебной комиссии не требуется большего срока;**
- г) выдается за весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях;
 - д) выдается за весь период лечения ребенка при совместном пребывании с ним в стационарных условиях.
53. Пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 7 лет, если его заболевание входит в специальный перечень, выплачивается
- а) по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - б) не более чем за 45 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - в) не более чем за 60 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - г) **не более чем за 90 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;**
 - д) не более чем за 30 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком.
54. Экспертизу временной нетрудоспособности необходимо проводить
- а) в день выписки пациента;
 - б) после проведения дополнительного обследования;
 - в) после консультации с заведующим отделением;
 - г) в любой день заболевания по желанию пациента;
 - д) **в день обращения пациента в медицинскую организацию.**
55. Пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 7 лет, если его заболевание не входит в специальный перечень, выплачивается
- а) **не более чем за 60 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;**
 - б) не более чем за 45 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - в) не более чем за 30 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - г) по всем случаям ухода за этим ребенком; 5) не более чем за 90 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком.
56. Листок временной нетрудоспособности по уходу за ребенком в возрасте до 7 лет
- а) **выдается за весь период лечения ребенка при совместном пребывании с ним в стационарных условиях;**
 - б) не выдается;
 - в) выдается за весь период лечения ребенка при совместном пребывании с ним в стационарных условиях, но не более 60 дней в год;
 - г) **выдается за весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях;**
 - д) выдается за весь период лечения ребенка в амбулаторных условиях, но не более 60 дней за год.
57. Листок временной нетрудоспособности по уходу за детьми, проживающими в зоне отселения
- а) выдается на срок до 30 дней при совместном пребывании с ребенком в стационарных условиях;
 - б) выдается на срок до 30 дней при амбулаторном лечении;
 - в) **выдается на весь период амбулаторного лечения;**
 - г) **выдается на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарных**

условиях;

д) не выдается.

58. При заполнении листка нетрудоспособности в строке «Причина нетрудоспособности» в случае ухода за ребенком-инвалидом указывается двухзначным кодом

- а) 14;
- б) 12;
- в) 09;
- г) 15;
- д) **13.**

59. В справке форма №095/у должны быть указаны

- а) **заведение, куда будет предоставляться справка;**
- б) **период, на который выдается справка;**
- в) ФИО матери пациента, дата рождения, место работы;
- г) **ФИО пациента, дата рождения, адрес;**
- д) **данные о том, имел ли ребенок контакт с инфекционными больными в течение трех недель.**

60. Пособие по временной нетрудоспособности в случае карантина по уходу у ребенка до 7 лет, посещающего дошкольное образовательное учреждение

- а) выплачивается за 15 дней;
- б) выплачивается за 10 дней;
- в) выплачивается за 7 дней;
- г) не выплачивается;
- д) **выплачивается за весь период карантина.**

61. Согласно рекомендаций ВОЗ «качество медицинской помощи» может быть определено как:

- а) **содержание взаимодействия врача и пациента, основанное на квалификации врача, минимальном риске для пациента, оптимальном использовании ресурсов и удовлетворенности пациента от взаимодействия с системой здравоохранения**
- б) качественно оказанные лечебно-диагностические мероприятия
- в) категория, выражающая неотделимую от объекта его сущностную определенность, благодаря которой этот объект является именно этим, а не другим объектом
- г) всеобщая характеристика объектов, проявляющаяся в совокупности их свойств
- д) соответствие фактически оказанных медицинских услуг установленным медицинским стандартом.

62. Медико-экономический стандарт – это документ, ...

- а) содержащий требования к квалификации медицинских специалистов, медицинскому оборудованию и используемым медикаментам
- б) описывающий систему управления, организацию лечебно-диагностического процесса
- в) определяющий объем лечебно-диагностических процедур и технологию их выполнения
- г) определяющий результативность лечения и стоимостные показатели
- д) **определяющий объем лечебно-диагностических процедур, требования к результатам лечения объем финансового обеспечения.**

63. Субъектами вневедомственного контроля качества медицинской помощи являются...

- а) органы управления здравоохранением
- б) **СМО, ТФОМС**

- в) медицинские учреждения
- г) зам. главного врача по КЭР
- д) арбитражный суд.

64. Субъектами ведомственного контроля качества медицинской помощи являются.....

- а) пациент, общества потребителей
- б) МСО, ТФОМС
- в) **медицинские учреждения**
- г) зам. главного врача по организационно-методической работе
- д) арбитражный суд.

65. При проведении процедур лицензирования и аккредитации оценивается...

- а) **структурный компонент качества медицинской помощи**
- б) качество процесса оказания медицинской помощи
- в) конечный результат оказания медицинской помощи
- г) эффективность использования финансовых средств
- д) структурный компонент качества медицинской помощи; качество процесса оказания медицинской помощи; конечный результат оказания медицинской помощи; эффективность использования финансовых средств

66. Экспертиза – это....

- а) анализ и контроль
- б) знакомство с первичной документацией
- в) оценка
- г) анализ и контроль, знакомство с первичной документацией
- д) **анализ, контроль, оценка.**

67. Экспертиза качества медицинской помощи – это....

- а) исследование случая (случаев) оказания медицинской помощи с целью выявления дефектов и нарушений
- б) установление фактических и возможных причин и последствий выявленных дефектов и нарушений
- в) подготовка рекомендаций по устранению причин выявленных дефектов и нарушений
- г) **исследование случая (случаев) оказания медицинской помощи с целью выявления дефектов и нарушений; установление фактических и возможных причин и последствий выявленных дефектов и нарушений; подготовка рекомендаций по устранению причин выявленных дефектов и нарушений;**
- д) исследование случая (случаев) оказания медицинской помощи, подготовка рекомендаций.

68. Для обеспечения надлежащего уровня качества медицинской помощи необходимо выполнение комплекса следующих условий...

- а) достижение медицинских и социальных показателей
- б) соблюдение медицинских и организационных технологий
- в) **создание соответствующей структуры, соблюдение медицинских технологий и достижение запланированных результатов**
- г) подготовка зданий и сооружений, квалифицированных кадров, достижение запланированных результатов
- д) обеспечение ресурсами, соблюдение медицинских и организационных технологий.

69. При экспертизе структуры оценивают:

- а) технологию оказания медицинской помощи

- б) эффективность использования финансовых средств
- в) удовлетворенность пациентов медицинским обслуживанием
- г) **материально-техническую базу, кадровый состав и ресурсное обеспечение**
- д) медицинскую результативность.

70. Какой из перечисленных показателей является общим показателем при оценке медицинской результативности

- а) выздоровление
- б) смерть
- в) улучшение, ухудшение
- г) состояние без изменения
- д) **выздоровление; смерть; улучшение, ухудшение; состояние без изменения**

71. Какие из перечисленных показателей являются специальными показателями при оценке медицинской результативности

- а) выздоровление, улучшение
- б) смерть
- в) состояние без изменения
- г) **послеоперационная летальность, уровень 5-ти летней выживаемости у онкологических больных**
- д) ухудшение

72. Что из перечисленного не является целью создания территориальной системы контроля качества медицинской помощи

- а) защита прав пациента в части получения медицинской помощи гарантированного объема и качества
- б) создание рациональной и эффективной системы контроля за использованием финансовых средств здравоохранения
- в) создание механизма возмещения ущерба здоровью и трудоспособности, возникающих по вине медицинского учреждения
- г) защита прав пациента в части получения медицинской помощи гарантированного объема и качества; создание рациональной и эффективной системы контроля за использованием финансовых средств здравоохранения; создание механизма возмещения ущерба здоровью и трудоспособности, возникающих по вине медицинского учреждения
- д) **формирование действенной системы премирования медицинского персонала**

73. На уровне территориальной системы контроля качества медицинской помощи проводятся следующие виды экспертиз:

- а) экспертиза соответствия оказанных мед. услуг территориальным стандартам
- б) экспертиза соответствия фактических затрат нормативным стандартам
- в) экспертиза определения факта и степени причинения вреда жизни и здоровью пациента
- г) **экспертиза соответствия оказанных мед. услуг территориальным стандартам; экспертиза соответствия фактических затрат нормативным стандартам; экспертиза определения факта и степени причинения вреда жизни и здоровью пациента**
- д) экспертиза временной нетрудоспособности.

74. В случае оказания некачественной медицинской помощи санкции налагаются на ...

- а) врача, оказавшего некачественную услугу
- б) **медицинское учреждение**

- в) страховую компанию, обеспечивающую страхование ответственности врача
- г) страховщика, обеспечивающего страхование данного пациента
- д) фонд ОМС.

75. Размер санкций в случае выявления некачественно оказанной медицинской помощи....

- а) определяется в МРОТ
- б) превышает стоимость медицинской услуги
- в) **не превышает стоимость медицинской услуги**
- г) устанавливается ЛПУ и органами управления здравоохранения
- д) определяется страховой медицинской компанией.

76. Портфолио специалиста формируется:

- а) **самостоятельно**
- б) работодателем
- в) аккредитационной комиссией
- г) непосредственным руководителем работника

77. Маркетинг персонала - это:

а) **вид управленческой деятельности, направленный на определение и покрытие потребности в персонале;**

- б) такая поведенческая культура, в которой имиджевые регуляторы осмысливаются персоналом как общественная необходимость;
- в) анализ ситуации на рынке труда для регулирования потребности в специалистах дефицитных специальностей.
- г) анализ ожиданий нынешних и потенциальных сотрудников (например, при найме на работу), а также определение выполнимости и реальной степени исполнения этих ожиданий;
- д) формирование конкурентоспособного работника и нахождение ему рыночной ниши.

78. Требование к наличию свидетельства об аккредитации специалиста для осуществления медицинской деятельности утверждается:

- а) федеральным законом «Об образовании в РФ»
- б) приказом Минтруда России
- в) Трудовым кодексом РФ
- г) **федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»**

79. Разновидностями гибкого графика работы являются (при необходимости указать несколько):

- а) **скользящий график;**
- б) **переменный день;**
- в) **очень гибкий график;**
- г) деление рабочего места;
- д) разделение работы;
- е) временный частичный найм;
- ж) неполная ставка;
- з) надомничество;
- и) совместительство;

80. Стандарт медицинской помощи не включает в себя:

- а) частоту предоставления и кратность применения медицинских услуг
- б) частоту предоставления и кратность применения зарегистрированных на территории РФ лекарственных препаратов

- в) частоту предоставления и кратность применения компонентов крови
- г) **требования к квалификации медицинского персонала**

81. Первичная специализированная аккредитация специалиста проводится аккредитационной комиссией:

- а) **по окончании профессиональной переподготовки**
- б) **по окончании ординатуры**
- в) по окончании повышения квалификации
- г) не реже одного раза в пять лет

82. Виды аккредитации:

- а) **первичная**
- б) **первичная специализированная**
- в) специализированная
- г) **периодическая**

83. Этапы периодической аккредитации:

- а) **оценка портфолио**
- б) **тестирование**
- в) оценка практических навыков в симулированных условиях
- г) решение ситуационных задач

84. Этапы первичной аккредитации:

- а) оценка портфолио
- б) **тестирование**
- в) **оценка практических навыков в симулированных условиях**
- г) **решение ситуационных задач**

85. Этапы первичной специализированной аккредитации:

- а) оценка портфолио
- б) **тестирование**
- в) **оценка практических навыков в симулированных условиях**
- г) **решение ситуационных задач**

86. Порядок оказания медицинской помощи включает в себя:

- а) **этапы оказания медицинской помощи**
- б) стандарты медицинской помощи
- в) **стандарт оснащения медицинской организации, ее структурных подразделений**
- г) **рекомендуемые штатные нормативы медицинской организации, ее структурных подразделений**

87. Документационное обеспечение управления – это:

- а) **деятельность аппарата управления, охватывающая вопросы документирования и организации работы с документами в процессе осуществления им управленческих функций;**
- б) правильно оформленные документы, отражающие весь спектр управленческой деятельности предприятия;
- в) организация документооборота в учреждении;
- г) комплекс основных положений, определяющих и регламентирующих организацию и документирование процессов.

88. Основанием для записи в трудовую книжку является

- а) трудовой договор;
- б) заявление с резолюцией руководителя;**
- в) приказ по личному составу.

89. Основным персональным кадровым документом ...

- а) должностная инструкция;
- б) личная карточка;
- в) трудовая книжка.**

90. Национальная программа Земский доктор направлена на:

- а) привлечение молодых специалистов в сельскую и отдаленную местность;**
- б) привлечение опытных специалистов старше 50 лет в сельскую и отдаленную местность;
- в) усиление оттока молодых специалистов из мегаполисов.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**

направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция - в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно

излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;

- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.

- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;

- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);

- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловыe вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемым, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и

исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию, формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как

теоретика и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы».

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность «среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать

ряд особенных, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять,

на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции, следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общезакономерность и на ее основе подлежит анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде

конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разного рода тезисными записями и планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучаемых.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

- рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;

- методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

- заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;

- досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;

- самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, состязательности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой

обучающимся к данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;

- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общими и профессиональными компетенциями, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач;

- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);

- выполнение вычислений, расчетов;

- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

- репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

- активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

- интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

- разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

- максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

- использование бланков документов, инструктивных материалов;

- наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

– чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);

– составление плана текста;

– графическое изображение структуры текста;

– составление электронной презентации;

– конспектирование текста;

– подготовка выписок из текста;

– работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;

– научно-исследовательская работа;

– использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

– работа с конспектом лекций;

– работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);

– составление плана и тезисов ответа;

– составление таблиц для систематизации учебного материала;

– изучение нормативных материалов;

– ответы на контрольные вопросы;

– аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);

– заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;

– подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;

– подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;

– составление резюме;

– написание истории болезни;

– составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

– решение задач и упражнений по образцу;

– решение вариативных задач и упражнений;

– отработка манипуляций;

– выполнение расчетно-графических работ;

- решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;
- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовок каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

4. Составление конспектов

5. Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

– **плановый.** При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.

– **тематический конспект,** является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.

– **текстуальный конспект,** представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.

– **свободный конспект,** включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;

2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;

3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;

4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

– композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;

– отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;

– язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;

– аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.

2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата (читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, ознакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

- 1) по полноте изложения:
 - информативные (рефераты-конспекты);
 - индикативные (рефераты-резюме);
- 2) по количеству реферируемых источников:
 - монографические;
 - обзорные;
- 3) по читательскому назначению:
 - общие;
 - ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;
 - специализированные;
 - ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.
2. Содержание.
3. Введение.
4. Основная часть.
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, курация больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начало до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;
- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздкие, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного

приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишённого эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределённо-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылок на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объем заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объем работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объем могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объем не включаются.*

Цвет шрифта – черный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, черного цвета, одинаковым по всему объему текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нем не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце.

Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела, разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела , 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается**:

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак «Ø» для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например > (больше), < (меньше), = (равно), ≤ (меньше или равно), ≥ (больше или равно), ≠ (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставиться неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не умещается в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;
- перед скобками и после них: (a+b)(d+c);

Косой крест (x) в качестве знака умножения ставиться:

- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1).

Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзацного отступа.

Например:

$$W=wgkc, \quad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;

k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;

c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;

– цитирование должно быть полным, без искажения смысла;

– пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

- Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);
- указы Президента РФ (в той же последовательности);
- постановления Правительства РФ (в той же очередности);
- иные нормативные правовые акты;
- иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);
- монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);
- иностранная литература;
- интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

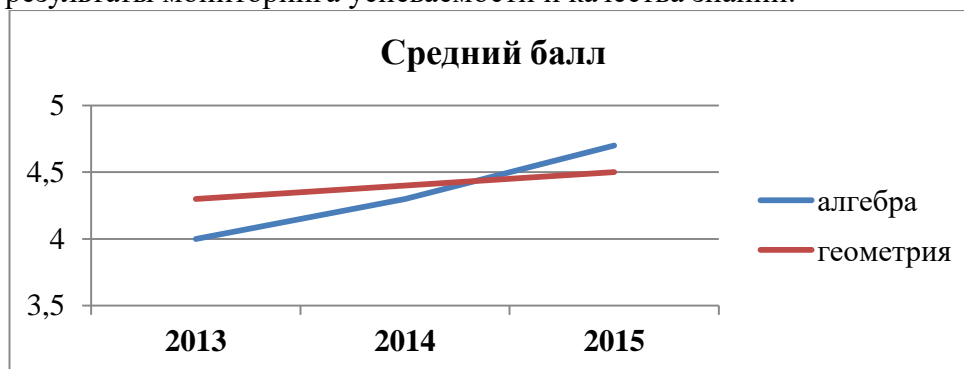


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеолярную группы пучков волокон (Рис. 5).

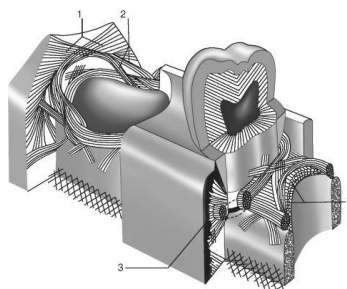


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	ПАТОЛОГИЯ (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра патологической физиологии; Кафедра патологической анатомии (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1
Занятия лекционного типа	6 час.
Занятия семинарского типа	12 час.
Всего аудиторной работы	18 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	54 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/2 (час. /зач. ед.)

Рабочая программа «Патология» дисциплины разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 99 от 02.02.2022 г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Галагудза Михаил Михайлович	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической физиологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Митрофанова Любовь Борисовна	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической анатомии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Размологова Ольга Юрьевна	к.м.н.	Доцент кафедры патологической анатомии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Арутюнян Анна Врежевна	к.м.н.	Доцент кафедры патологической физиологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа дисциплины «Патология» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры патологической физиологии и кафедры патологической анатомии «10» июня 2022г., протокол № 6/22.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

В дисциплине «Патология» включены основные образовательные технологии. Рабочая программа по данной дисциплине (Патология), по специальности - 31.08.58 Оториноларингология направлена на усвоение знаний, приобретение профессиональных умений и формирование личностных качеств ординаторов, заданных целями обучения.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами: «Анатомия человека», «Гистология, цитология, эмбриология», «Биология клетки», «Нормальная физиология», «Биохимия», «Микробиология». Ординатура - форма последиplomной подготовки выпускника высшего профессионального медицинского образовательного учреждения. Обучение в ординатуре направлено на углубление профессиональных знаний, умений, владений практическими навыками оказания высокотехнологичной помощи новорожденным и детям с экстремально-низкой массой тела, использование клинических протоколов и формирование клинического мышления, готовности к самостоятельной врачебной деятельности. Профессиональная подготовка предусматривает базовую и практическую подготовку.

Основным методом подготовки ординатора является лечебно-диагностическая работа под постоянным контролем и при участии преподавателя.

Подготовка ординаторов обеспечивается преподавателями кафедр (патологическая физиология, патологическая анатомия, оториноларингология т.д.), имеющими ученую степень и звание (старший преподаватель, доцент, профессор, к.м.н., д.м.н.) и опыт работы по специальности, систематически занимающихся научно-педагогической и клинической работой.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины:

Целью изучения дисциплины «Патология» является подготовка высококвалифицированного врача, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного определить структурно-функциональные закономерности развития и течения типовых патологических процессов и отдельных заболеваний, что необходимых в профессиональной деятельности врача

Задачи изучения дисциплины:

1. Изучение общих закономерностей развития патологии клеток, органов и систем в организме человека;
2. Формирование умений в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов;
3. Формирование компетенций врача в вопросах определения признаков типовых патологических процессов и отдельных заболеваний в организме человека.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Патология» относится к обязательной части Блока 1 «Дисциплины (модули)» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология, в его обязательную часть).

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Дисциплина обеспечивает изучение последующих практик учебного плана:

- «Клиническая практика»

1. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Знает: - основы и принципы анализа, синтеза, формальной логики	Для текущего контроля: КВ, КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
			Умеет: - применять основы абстрактного мышления, логики и анализа, принципы ведения дискуссий	Для текущего контроля: КВ, КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания

Общепрофессиональные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1 Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и проводит осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Знает: - основы патологических процессов (причины и механизмы развития патологических процессов) и исходы заболевания. - основные причины нарушений функций органов и систем и основные принципы патофизиологической, патоморфологической диагностики.	Для текущего контроля: КВ, КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

			<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - работать с медицинской документацией, диагностировать основные патологические процессы с использованием современных методик. 	<p>Для текущего контроля: КВ, КЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ТЗ</p>
--	--	--	--	--

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания*

Профессиональные компетенции

Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ПК-2. Способность к проведению анализа научной литературы и публичному представлению медицинской информации	ПК-2.4 Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основные современные научные достижения патологической анатомии и патологической физиологии и базовые естественнонаучные понятия для описания особенностей развития и протекания патологического процесса - фундаментальные подходы анализа полученной информации и диагностические методы в области медицины. 	<p>Для текущего контроля: КВ, КЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ТЗ</p>
			<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - применять научную методологию в изучении медико-биологических явлений для решения профессиональных задач - применять общие принципы анализа и диагностические методы для решения профессиональных задач. 	<p>Для текущего контроля: КВ, КЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ТЗ</p>

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания.*

2. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

2.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	18	18
Из них:		
Занятия лекционного типа	6	6
Занятия семинарского типа	12	12
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	54	54
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	72	72
часы	2	2
зач. ед.		
Из них на практическую подготовку	30	30

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

2.2. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1 Раздел № 1 Патологическая анатомия					
Тема 1. Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.	1	2	9	12	5
Тема 2. Танатогенез. Оформление истории болезни в случае смерти пациента	1	2	9	12	5
Тема 3. Правила формулировки посмертного клинического диагноза.	1	2	9	12	5
Итого по Разделу 1	3	6	27	36	15
Курс 1 Раздел № 2 Патологическая физиология					
Тема 1. Патофизиология заболеваний сердечно-сосудистой системы.	1	2	9	12	5
Тема 2. Патофизиология метаболического обмена или механизмы и причины нарушения обменных процессов в организме.	1	2	9	12	5
Тема 3. Патофизиология тканевого(опухолевого) роста. Значение причинно-следственной связи приводящие к опухолевой атипий и онкогенезу.	1	2	9	12	5
Итого по Разделу 2	3	6	27	36	15
ИТОГО	6	12	54	72	30

2.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП*	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационные оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля **
Курс 1 Раздел № 1 Патологическая анатомия							
1	Тема 1. Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.	1	-	Краткое содержание занятия 1. Организация работы ПАО, нормативные документы 2. Виды биопсий и операционного материала. 3. Этапы гистологической обработки материала, виды и методы исследований	УК-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ
2	Тема 2. Танатогенез. Оформление истории болезни в случае смерти пациента	1	-	Краткое содержание занятия 1. Понятие танатогенеза и оформление танатологического заключения в посмертном эпикризе 2. Действия врача в случае смерти пациента.	УК-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ
3	Тема 3. Правила формулировки посмертного клинического диагноза.	1	-	Краткое содержание занятия 1. Оформление посмертного клинического диагноза. 2. Правила сличения клинического и патологоанатомического диагнозов	УК-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ
Курс 1 Раздел № 2 Патологическая физиология							
1	Тема 1. Этиология, патогенез, классификация и принципы диагностики сердечной недостаточности.	1	-	Краткое содержание занятия 1. Определение и эпидемиология сердечной недостаточности (СН) 2. Классификация СН. 3. Этиология и патогенез СН. 4. Роль атеросклероза в патогенезе СН	УК-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, КЗ
2	Тема 2. Причины и механизмы нарушений энергетического обмена. Понятие «Метаболический синдром» (МС). Сахарный диабет(СД).	1	-	Краткое содержание занятия 1. Определение энергетического обмена и фактического обмена. 2. Определение МС и СД 3. Этиология и патогенез МС и СД. 4. основные принципы диагностики МС и СД.	УК-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, КЗ
3	Тема 3. Современные подходы интерпретации и выявления тканевого (опухолевого) роста. Значение причинно-следственной	1	-	Краткое содержание занятия 1. Определение и эпидемиология тканевого(опухолевого) роста. 2. Классификация и стадия тканевого атипизма.	УК-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	мультимедийная аппаратура, презентации	КВ, КЗ

связи приводящие к опухолевой атипий или к онкогенезу. Механизмы влияния опухоли на организм.			3. Этиология и патогенез. 4. Механизмы влияния опухоли на организм.			
ВСЕГО		6	0			

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.*

***Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы*

Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1 Раздел № 1 Патологическая анатомия							
Тема 1	Клиническое занятие	Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.	2	1	Краткое содержание занятия: 1. организация работы ПАО, нормативные документы 2. Виды биопсий и операционного материала. 3. Этапы гистологической обработки материала, виды и методы исследований <u>Практическая подготовка**:</u> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: оформление направления на прижизненное патоморфологическое исследование, оценка заключения патологоанатома	ОПК-4.1, ПК-2.4	КВ
Тема 2	Клиническое занятие	Танатогенез. Оформление истории болезни в случае смерти пациента	2	1	Краткое содержание занятия: 1. Понятие танатогенеза и оформление танатологического заключения в посмертном эпикризе 2. Нормативные документы, регламентирующие показания и причины отмены вскрытия <u>Практическая подготовка**:</u> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Алгоритм действий в случае смерти пациента	ОПК-4.1, ПК-2.4	КВ
Тема 2	Клиническое занятие	Правила формулировки посмертного клинического диагноза	2	1	Краткое содержание занятия: 1. Оформление посмертного эпикриза и клинического диагноза. 2. Сличение диагнозов и виды расхождений клинического и патологоанатомического диагнозов <u>Практическая подготовка**:</u> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Алгоритм направления на патологоанатомическое или судебно-медицинское вскрытие	ОПК-4.1, ПК-2.4	КВ

ИТОГО в Разделе № 1			6	3			
Курс 1 Раздел № 2 Патологическая физиология							
Тема 1	Научно-практическое занятие	Острая и хроническая сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация и принципы диагностики.	2	1	Краткое содержание занятия: 1. Определение и эпидемиология сердечной недостаточности (СН) 2. Классификация СН 3. Этиология и патогенез СН 4. Роль атеросклероза в патогенезе СН 5. Аритмия как причина СН <u>Практическая подготовка**:</u> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Алгоритм анализа электрокардиограмм при патологии сердечно-сосудистой системы, и решение ситуационных задач.	ОПК-4.1, ПК-2.4	КВ, КЗ
Тема 2	Научно-практическое занятие	Причины и механизмы нарушений энергетического обмена. Понятие «Метаболический синдром» (МС). Сахарный диабет(СД)	2	1	Краткое содержание занятия: 1. Определение энергетического обмена и фактического обмена. 2. Определение МС и СД 3. Этиология и патогенез МС и СД. 4. Основные принципы диагностики МС и СД. <u>Практическая подготовка**:</u> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Алгоритм анализа гемограмм и решение ситуационных задач.	ОПК-4.1, ПК-2.4	КВ, КЗ
Тема 3	Научно-практическое занятие	Современные подходы интерпретации и выявления тканевого(опухолевого) роста. Значение причинно-следственной связи приводящие к опухолевой атипий или к онкогенезу. Механизмы влияния опухоли на организм.	2	1	Краткое содержание занятия: 1. Определение и эпидемиология тканевого(опухолевого) роста. 2. Классификация и стадия тканевого атипизма. 3. Этиология и патогенез. 4. Механизмы влияния опухоли на организм. <u>Практическая подготовка**:</u> Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Алгоритм анализа гемограмм и решение ситуационных задач.	ОПК-4.1, ПК-2.4	КВ, КЗ
ИТОГО в Разделе № 2			6	3			
ВСЕГО			12	6			

* **Формы проведения занятий семинарского типа:** клиническое занятие, научно-практическое занятие.

****Практическая подготовка (ПП)** - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.

*** **Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы

2.4. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Кол-во час.	из них на ПП	Содержание самостоятельной работы	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства * для текущего контроля
Раздел № 1						
1.	Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.	9	4	Ознакомиться с федеральным законом Об основах охраны здоровья граждан в Российской Федерации" от 21.11.2011 N 323-ФЗ статьи 66-68 Ознакомиться с приказом Минздрава России от 24.03.2016 №179 н «О Правилах проведения прижизненных патологоанатомических исследований»	УК-1.1, ПК-2.4	КВ
2.	Танатогенез. Оформление истории болезни в случае смерти пациента	9	4	Виды и механизмы смерти. Признаки биологической смерти. Правила констатации смерти. Приказ Минздрава РФ от 6 июня 2013 г. N 354н "О порядке проведения патологоанатомических вскрытий"	УК-1.1, ПК-2.4	КВ
3.	Правила формулировки посмертного клинического диагноза	9	4	Определение диагноза. Правила построения диагноза. Определение «основного заболевания», «осложнений», «сопутствующих заболеваний». Комбинированные заболевания. Принцип кодирования по МКБ-10	УК-1.1, ПК-2.4	КВ
Итого по Разделу № 1		27	12			
Раздел № 2						
1	Острая и хроническая сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация и принципы диагностики.	9	4	Причины и механизмы острой сердечной смерти. Признаки и принципы диагностики. Алгоритм анализа электрокардиограмм и решение ситуационных задач.	УК-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	КВ, КЗ
	Причины и механизмы нарушений энергетического обмена. Понятие «Метаболический синдром» (МС). Сахарный диабет(СД)	9	4	Виды и механизмы развития выключения сознания (кома). Признаки и принципы диагностики диабетической и не диабетической комы. Алгоритм анализа гемограмм и решение ситуационных задач.	УК-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	КВ, КЗ
	Современные подходы интерпретации и выявления тканевого(опухолевого) роста. Значение причинно-следственной связи приводящие к опухолевой атипий или к онкогенезу. Механизмы влияния опухоли на организм.	9	4	Причины и механизмы развития злокачественных опухолей. Признаки и принципы диагностики злокачественных опухолей. Алгоритм анализа гемограмм и решение ситуационных задач.	УК-1.1 ОПК-4.1 ПК-2.4	КВ, КЗ
Итого по Разделу № 2		27	12	* Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания		
Всего:		54	24			

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Здоровьесберегающие технологии
5. Частнопредметные технологии.

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств		
		ТЗ	КВ	КЗ
Текущий контроль	Раздел №1 Патологическая анатомия	30	30	-
	Раздел №2 Патологическая физиология	125	30	10
ИТОГО		155	60	10

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, КЗ – контрольные задания

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
Раздел №1	ТЗ к разделу 1 :
УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	ТЗ № 1-32
ОПК-4.1 Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента	ТЗ № 1-32
ПК-2.4 Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	ТЗ № 1-32
Раздел № 2	ТЗ к разделу 2:
УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	ТЗ № 1-125
ОПК-4.1 Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента	ТЗ № 1-125
ПК-2.4 Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	ТЗ № 1-125

** ТЗ – тестовые задания*

5.3 Организация промежуточной аттестации - промежуточная аттестация проводится в виде итогового тестирования по двум разделам (патологическая анатомия и патологическая физиология).

5.3.1. Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

5.3.2 Этапы проведения промежуточной аттестации:

К промежуточной аттестации допускаются ординаторы, не имеющие задолженности по текущему контролю, прошедших полный цикл обучения.

Аттестация проводится в виде теста. Тестовая база содержит 155 заданий, из которых случайным образом выбирается 30 тестовых заданий, на которые обучающийся должен дать ответ за 30 минут. Тест считается пройденным при правильном ответе на 70% и больше вопросов.

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции или отдельные индикаторы достижения компетенции
Раздел №1		
ТЗ	<p>Этические нормы врача-патологоанатома определяются:</p> <p>а) Умениями и навыками б) Законами и приказами в) Этническими особенностями региона г) Моральной ответственностью врача перед обществом д) Умениями и навыками; Законами и приказами</p> <p>Ответ: г</p>	УК-1.1
ТЗ	<p>Отмена вскрытия, по приказам Минздрава, не должна разрешаться в случаях:</p> <p>а) Пребывания больного в лечебно-профилактическом учреждении менее суток б) Подозрения на насильственную смерть и наличия инфекционных заболеваний в) Неясного прижизненного диагноза (независимо от срока пребывания в больнице) и после проведения диагностических и лечебных мероприятий, явившихся причиной смерти больного г) Пребывания больного в лечебно-профилактическом учреждении менее суток; Подозрения на насильственную смерть и наличия инфекционных заболеваний; Неясного прижизненного диагноза (независимо от срока пребывания в больнице) и после проведения диагностических и лечебных мероприятий, явившихся причиной смерти больного д) Подозрения на насильственную смерть и наличия инфекционных заболеваний; Неясного прижизненного диагноза</p> <p>Ответ: г</p>	ОПК-4.1
ТЗ	<p>На клинико-патологоанатомической конференции обсуждают:</p> <p>а) Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагноза основного заболевания б) Редкие наблюдения, необычно протекающие заболевания, случаи лекарственной патологии в) Случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств г) Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагноза основного заболевания; Редкие наблюдения, необычно протекающие заболевания, случаи лекарственной патологии; Случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств д) Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагноза основного заболевания; Случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств</p> <p>Ответ: г</p>	ПК-2.4
Раздел № 2		
ТЗ	<p>Укажите патологические процессы, сопровождающиеся местной недостаточностью кровообращения:</p> <p>1. Хроническая сердечная недостаточность. 2. Ишемия и венозная гиперемия. 3. Ортостатический коллапс.</p>	УК-1.1

	4. Геморрагический шок. Ответ: 2	
ТЗ	Укажите ведущие патогенетические факторы диабетической кардиомиопатии: 1. Инсулинорезистентность и гипергликемия. 2. Жировая инфильтрация. 3. Инфильтрация клетками воспаления. 4. Гиперволемиа. Ответ: 1	ОПК-4.1
ТЗ	Какие эндогенные вещества могут оказывать канцерогенное действие: 1. Эстрадиол. 2. Билирубин. 3. Инсулин. 4. Фосфолипиды. Ответ: 1	ПК-2.4

**Оценочные средства: ТЗ-тестовые задания*

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложении № 1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1. Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ

«Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU»

(www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн МультиТран (<http://www.multitrans.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

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

Основная литература:

1. Клиническая патология / под ред. Паукова В. С. - Москва: Литтерра, 2018. - - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502614.html>
2. Патологическая анатомия: учебник / А. И. Струков, В. В. Серов; под ред. В. С. Паукова. - 6-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449264.html>
3. Патологическая анатомия (общая и клиническая патологическая анатомия): В 2 т. Т. I: Учебник / [Г.В. Порядина и др.]; под ред. чл.-корр. РАН, проф. Г.В. Порядина. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2022. - Текст: электронный URL:<https://www.medlib.ru/library/library/books/44645>
4. Патологическая анатомия: Атлас / В.С. Пауков, В.В. Серов, Н.Е. Ярыгин. — 2-е изд., испр. и перераб. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2022. - Текст: электронный URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/44204>

Дополнительная литература:

1. Патология: руководство / Под ред. В. С. Паукова, М. А. Пальцева, Э. Г. Улумбекова - 2-е изд., испр. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст: электронный URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/06-COS-2369.html>
2. Патологическая анатомия: атлас / [Зайратьянц О. В. и др.]; под ред. О. В. Зайратьянца. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Текст: электронный URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970427804.html>
3. Патологическая анатомия: учебник / Литвицкий П. Ф. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460719.html>
4. Практикум по патологической анатомии: Учебное пособие/ В.С. Пауков, Ю.А. Кириллов, А.В. Берестова, Т.П. Некрасова; под ред. акад. РАЕН В.С. Паукова. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2018. - Текст: электронный URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/28411>
5. Физиология и патология гемостаза: учеб. пособие / под ред. Н. И. Стуклова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436257.html>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по дисциплине «Патология» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Патология» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Патология» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Лаборатория – оснащена лабораторным оборудованием, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Помещение для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования – укомплектовано специализированной мебелью для хранения оборудования и техническими средствами для его обслуживания.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Патология» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных

методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Патология» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ПАТОЛОГИЯ»

Специальность ординатуры	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач-оториноларинголог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине «ПАТОЛОГИЯ»**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Раздел № 1 Патологическая анатомия		
Тема 1. Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.	УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4	КВ, ТЗ
Тема 2. Танатогенез. Оформление истории болезни в случае смерти пациента	УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4	КВ, ТЗ
Тема 3. Правила формулировки посмертного клинического диагноза.	УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4	КВ, ТЗ
Раздел № 2 Патологическая физиология		
Тема 1. Этиология, патогенез, классификация и принципы диагностики сердечной недостаточности.	УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4	КВ, КЗ, ТЗ
Тема 2. Причины и механизмы нарушений энергетического обмена. Понятие «Метаболический синдром» (МС). Сахарный диабет (СД).	УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4.	КВ, КЗ, ТЗ
Тема 3. Современные подходы интерпретации и выявления тканевого (опухолевого) роста. Значение причинно-следственной связи приводящие к опухолевой атипий или к онкогенезу. Механизмы влияния опухоли на организм.	УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4	КВ, КЗ, ТЗ

* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания*

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции (индикаторы достижения компетенции): УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальные компетенции – УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.1. Определяет методологию системного подхода при анализе достижений в области медицины и фармации.	Знает основы и принципы анализа, синтеза, формальной логики	Полностью и правильно отвечает на поставленные вопросы.	Для текущего контроля: КВ из разделов 1, 2; КЗ из раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет применять основы абстрактного мышления, логики и анализа, принципы ведения дискуссий	При решении задач использует логику, абстрактное мышление, может сформулировать и аргументировать свою точку зрения.	Для текущего контроля: КЗ из раздела 2; и КЗ из раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ

Общепрофессиональные компетенции – ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и проводит осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями	Знает основы патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов патологических процессов, нарушений функций органов и систем, основные принципы патоморфологической диагностики.	Полностью и правильно отвечает на поставленные вопросы. Полностью ориентирован в специальности	Для текущего контроля: КВ из разделов 1,2; КЗ из раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет работать с медицинской документацией, диагностировать основные патологические процессы с использованием современных методик.	Методически правильно и полноценно оценивает представленную информацию	Для текущего контроля: КВ из разделов 1,2; КЗ из раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ

Профессиональные компетенции – ПК-2. Способность к проведению анализа научной литературы и публичному представлению медицинской информации

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-2.4 Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	Знает основные современные научные достижения патологической анатомии и базовые естественнонаучные понятия для описания особенностей развития и протекания патологического процесса	Полностью и правильно отвечает на поставленные вопросы. Полностью ориентирован в специальности.	Для текущего контроля: КВ из разделов 1,2; КЗ из раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет применять научную методологию в изучении медико-биологических явлений для решения профессиональных задач	В ответах широко использует ответы данные учебной и научной литературы, приводит ссылки на интернет –ресурсы.	Для текущего контроля: КЗ из раздела 2; Для промежуточной аттестации: ТЗ

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

Оценка	Критерии
Зачтено	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу. Могут быть допущены недочеты в ответах на вопросы, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.
Не зачтено	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает недостаточное раскрытие терминов, концепций, теорий по дисциплине. Ответ содержит ряд серьезных неточностей, выводы поверхностны или неверны. Не может привести примеры из практики. Логически непоследовательно излагает материал.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания
	Выполнение тестовых заданий
Не зачтено	70% и менее
Зачтено	Более 70%

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к педагогической деятельности, основам психологии и принципах организации процесса оказания медицинской помощи, и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный материал в объёме качестве не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции и их индикаторы
Промежуточная аттестация			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

КЗ – контрольные задания (можно использовать при выполнении заданий лабораторных работ, контрольных работ и решение клинических задач)

РАЗДЕЛ №1. Патологическая анатомия

Тема 1. Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4)

1. Нормативные документы по патологоанатомической службе.
2. Организация работы патологоанатомического отделения: задачи, цели.
3. Структура патологоанатомического отделения: основные разделы работы.
4. Требования к санитарно-эпидемиологическому режиму патологоанатомических отделений
5. Виды биопсий. Их краткая характеристика.
6. Предмет патоморфологического исследования: виды тканей, особенности исследования костей.
7. Подготовка операционно-биопсийного материала к гистологическому исследованию.
8. Основные методы прижизненного патоморфологического исследования.
9. Сроки проведения патоморфологических исследований.
10. Срочное интраоперационное гистологическое исследование: основные цели и задачи. Информативность и достоверность исследования.

Тема 2. Танатогенез. Оформление истории болезни в случае смерти пациента

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4)

1. Определение смерти. Виды смерти.
2. Механизмы умирания. Периоды смерти.
3. Клиническая смерть. Порядок констатации биологической смерти.
4. Смерть мозга. Порядок констатации.
5. Танатогенез. Определение. Характеристика этапов.
6. Танатологическое заключение о причинах смерти.
7. Порядок оформления медицинской документации в случае смерти пациента.
8. Виды посмертного патоморфологического исследования. Типы вскрытий. Методы вскрытий.
9. Порядок проведения или отмены патологоанатомических вскрытий в соответствии с действующими нормативными актами.
10. Основы законодательства РФ об охране здоровья граждан, приказ МЗ № 354 от 06.06.2013г.

Тема 3. Правила формулировки посмертного клинического диагноза

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4)

1. Определение понятия «диагноз» и «эпикриз». Принципы составления и формы конструкций.
2. Принцип кодирования по МКБ 10. Особенности формулировок при оформлении диагноза.
3. Определение понятия «основное заболевание». Коморбидные заболевания.
4. Определение осложнений основного заболевания.

5. Основные принципы формулировки посмертного клинического диагноза.
6. Формулировка диагноза в случае смерти после операций и инвазивных манипуляций.
7. Формулировка диагноза в случае перинатальной смерти.
8. Ятрогения – понятие (определение МКБ-10), категории, место в диагнозе.
9. Категории расхождения диагнозов.
10. Задачи и принципы работа КЭК, КИЛИ, ЛКК, КАК.

РАЗДЕЛ № 2. Патологическая физиология

Тема 1. Этиология, патогенез, классификация и принципы диагностики сердечной недостаточности.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4)

1. Недостаточность кровообращения. Определение понятия. Виды.
2. Синдром сердечной недостаточности. Классификация сердечной недостаточности.
3. Роль скелетной мускулатуры в патогенезе сердечной недостаточности. Миопатия сердечной недостаточности. Патогенез кахексии при сердечной недостаточности.
4. Пороки клапанов сердца, их виды, нарушения гемодинамики.
5. Патогенез диабетической кардиомиопатии. Основные факторы повреждения миокарда.
6. Метаболические нарушения в миокарде при хронической сердечной недостаточности. Дисфункция митохондрий.
7. Патогенез отеков при хронической сердечной недостаточности.
8. Ишемия миокарда. Причины, механизмы развития, последствия.
9. Нарушения ритма сердца, определение понятия, классификация.
10. Нарушения проводимости миокарда. Этиология и патогенез. Классификация.
11. Артериальная гипертензия. Определение понятия. Классификация.
12. Роль стресса и активации симпатической нервной системы в патогенезе гипертонической болезни.

Тема 2. Причины и механизмы нарушений энергетического обмена. Понятие «Метаболический синдром» (МС). Сахарный диабет (СД).

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4)

1. Основные механизмы нарушения энергетического обмена. Факторы, влияющие на энергетический обмен.
2. Нарушения белкового состава плазмы крови: гипер-, гипо- и диспротеинемия, парапротеинемия. Причины, механизмы развития и последствия.
3. Голодание. Определение, классификация. Причины и механизмы развития. Факторы, влияющие на продолжительность жизни при голодании.
4. Причины и механизмы развития нарушений всасывания углеводов в пищеварительном тракте.
5. Острые и хронические гипергликемические состояния. Причины, механизмы развития и последствия. Кетоацидотическая и гиперосмолярная кома.
6. Метаболический синдром. Определение, компоненты метаболического синдрома и взаимосвязь между ними.
7. Нарушение основных этапов жирового обмена в организме. Ожирение. Классификация, этиология и патогенез. Патогенетическое значение ожирения.
8. Атеросклероз. Факторы риска, патогенез, осложнения.
9. Механизмы нарушений водно-электролитного обмена. Классификация нарушений.

Тема 3. Современные подходы интерпретации и выявления тканевого (опухолевого) роста. Значение причинно-следственной связи приводящие к опухолевой атипий или к онкогенезу. Механизмы влияния опухоли на организм.

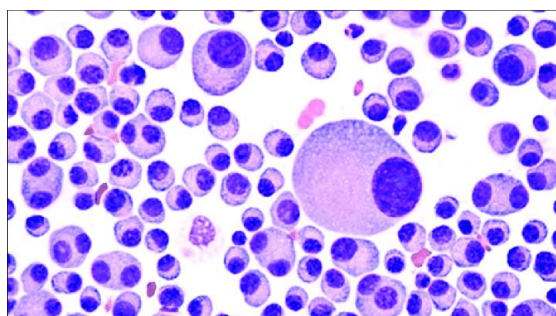
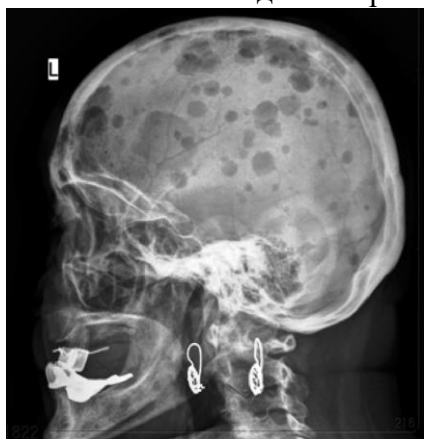
Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4)

1. Характеристика понятий «опухолевый рост» и «опухоль». Распространённость опухолей.
2. Патогенез опухолевого роста. Сравнительная характеристика доброкачественных и злокачественных опухолей.
3. Атипизм опухоли. Структурный, антигенный, биохимический, функциональный атипизм.
4. Классификация канцерогенных факторов. Химические, физические, биологические канцерогенные факторы. Механизмы вирусного канцерогенеза. Онковирусы, их виды.
5. Наследственные факторы в возникновении и развитии опухоли. Теория двойного удара.
6. Опухолевая прогрессия. Стадии опухолевого роста. Пути и механизмы метастазирования. Стадии метастатического каскада.
7. Протоонкогены, онкогены и онкобелки. Характеристика основных групп онкогенов, роль в канцерогенезе.
8. Местное и системное действие опухоли на организм. Паранеопластические синдромы, их основные группы
9. Патогенетически обоснованные подходы к лечению опухолей. Химиотерапия. Таргетная терапия. Лучевая терапия. Иммунотерапия.

Контрольные задания (клинические задачи):

Задача № 1

Пациентка 62 года поступила с жалобами на одышку, утомляемость при незначительной физической нагрузке, боли в нижних конечностях, позвоночнике. Объективно: в области волосистой части головы, лба имеются бугристые подкожные образования плотной консистенции. Пальпация конечностей резко болезненна. В общем анализе крови эритроциты $3,2 \times 10^{12}$ /л, Hb – 95 г/л, СОЭ – 32 мм/ч. Биохимический анализ крови: повышение мочевой кислоты, мочевины, уровня кальция. Общий белок – 124 г/л. На рентгенограмме черепа, плечевых суставов, бедренных костей – множественные, различных размеров (0,3-3,8 см) очаги разрежения с четкими контурами. При пункции литического очага малоберцовой кости в мазках-отпечатках наблюдается пролиферация морфологически атипичных плазмоцитов.



Вопросы:

1. Какое нарушение белкового состава крови имеется у данного пациента?
2. Возможное происхождение?
3. Каков предположительный диагноз?
4. Каков патогенез изменений в костной ткани?

Ответы (Задача № 1)

1. Гиперпротеинемия. Норма 55-85 г/л.
2. Усиленная продукция аномальных белков (парапротеинов).
3. Миеломная болезнь, болезнь Рустицкого-Калера.
4. Клональная пролиферация опухолевых клеток – плазмоцитов с деструкцией костной

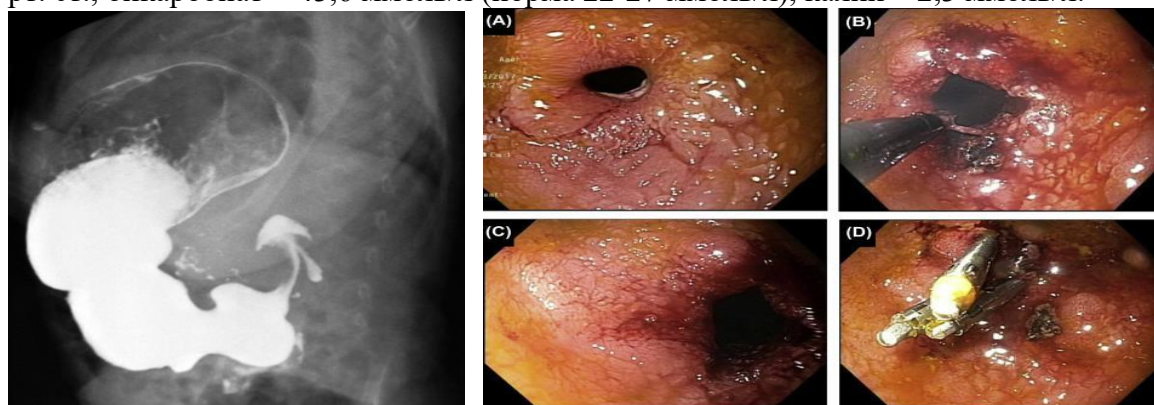
ткани (гиперкальциемия) и экспансией (анемия).

Задача № 2

Пациент 58 лет доставлен в стационар с жалобами на слабость, многократную рвоту после каждого приема пищи. В анамнезе: в течение 11 лет страдает язвенной болезнью 12-перстной кишки. Восемь дней назад после обильного приема пищи почувствовал сильные боли в подложечной области, на фоне которых началась рвота желудочным содержимым. При пальпации живота в подложечной области выявляется поздний «шум плеска». В последующие дни характер жалоб не изменился.

Объективно: состояние средней тяжести. Кожа и видимые слизистые сухие. Отдельные судорожные подергивания.

Показатели газов и электролитов крови: рН крови = 7,6; рСО₂ = 45,9 мм рт. ст., рО₂ = 86,3 мм рт. ст., бикарбонат = 43,6 ммоль/л (норма 22-27 ммоль/л), калий – 2,3 ммоль/л.



Вопросы:

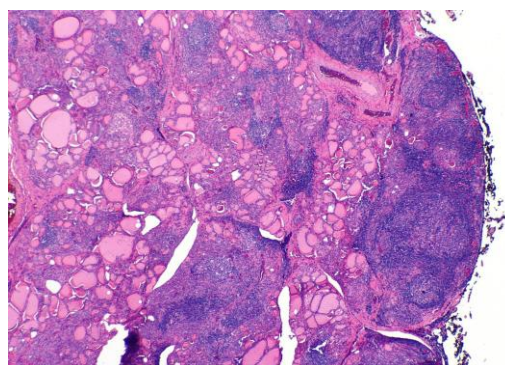
1. Какой тип расстройства кислотно-основного состояния и какова причина?
2. Как формируется процесс компенсации со стороны почек?
3. Какие пути коррекции возможны?

Ответы (Задача № 2)

1. Негазовый (метаболический алкалоз), причина – потеря желудочного содержимого, потеря протонов, калия, натрия и хлора. Рвота в результате рубцового стеноза выходного отдела желудка.
2. Уменьшение реабсорбции бикарбоната, снижение процессов ацидо- и аммионогенеза.
3. Прекратить рвоту. Инфузионная терапия, коррекция гиповолемии и гипокалиемии.

Задача № 3

У пациентки И. 30 лет, биохимическое исследование крови показало, что значение холестеринавого коэффициента атерогенности равно 5 (норма ≤ 3), общий холестерин - 8,7 ммоль/л. Со слов пациентки, некоторое время назад она проходила лечение в клинике в связи с выраженной гипофункцией щитовидной железы.



Вопросы:

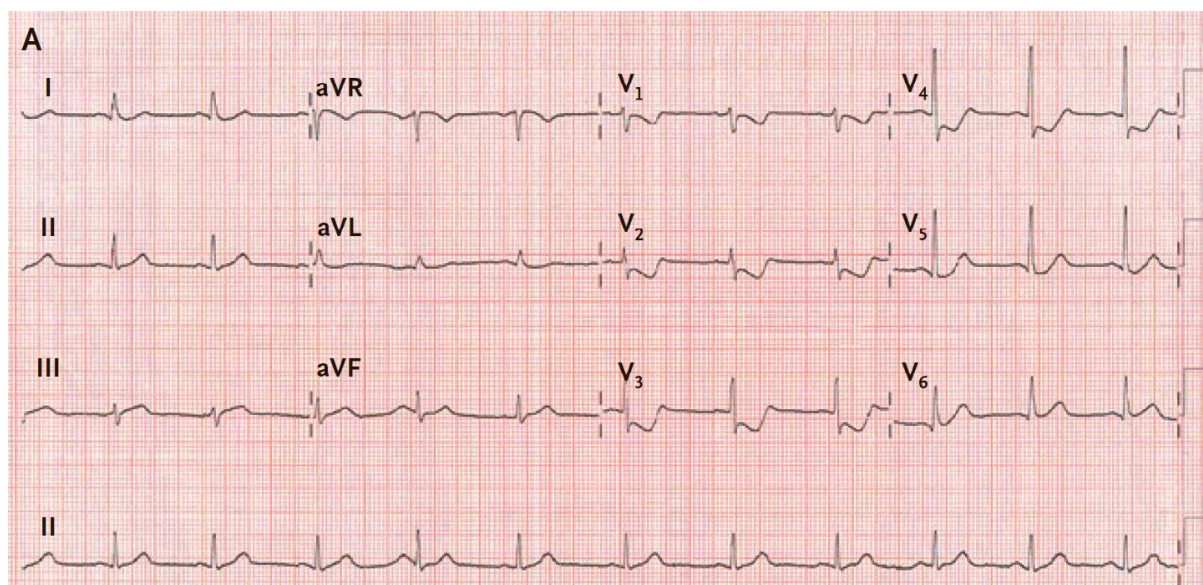
1. Какой тип гиперхолестеринемии у больного?
2. Повышен ли риск атеросклероза?
3. Какой механизм повышения уровня холестерина в крови?
4. Как лечить?

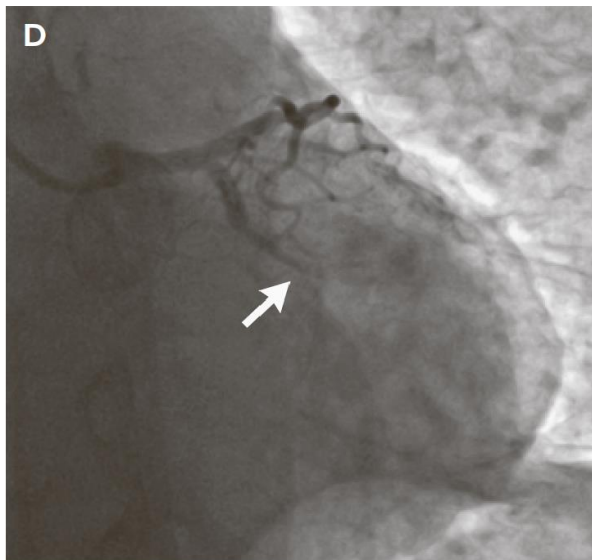
Ответы (Задача № 3)

1. Гиперхолестеринемия вторичная, несмотря на молодой возраст.
2. Риск атеросклероза существенно повышен.
3. Механизмы связаны с недостатком тиреоидных гормонов. В норме они стимулируют синтез желчных кислот из холестерина в гепатоцитах, увеличивают захват ЛПНП гепатоцитами за счет увеличения плотности ЛПНП рецепторов, предотвращают окисление ЛПНП.
4. Необходимо назначить гормонозаместительную терапию

Задача № 4

Пациент Р., 28 лет обратился в приемный покой с жалобами на резкую загрудинную боль и одышку. Объективно: состояние тяжелое. Сознание ясное, контактен. Кожные покровы бледные, влажные. АД - АД – 150/90 мм рт. ст., ЧСС - 88 уд. мин. ЧДД – 20 в мин. В анамнезе: сахарный диабет I типа (с 10 лет), ГБ II ст., атеросклероз, ИБС, стенокардия напряжения II функционального класса. Лабораторные показатели: общий холестерин - 14 ммоль/л, ЛПНП – 14,8 ммоль/л (норма – 1,3 – 3,5 ммоль/л), ЛПОНП – 5,2 ммоль/л (норма – 0,13 – 1,0 ммоль/л). ЭКГ-признаки ОИМ задней стенки левого желудочка.





Вопросы:

1. Какая причина ОИМ?
2. Какой тип дислипидемии?
3. Какое заболевание способствует развитию дислипидемии?
4. Какие другие осложнения могут развиваться со временем?

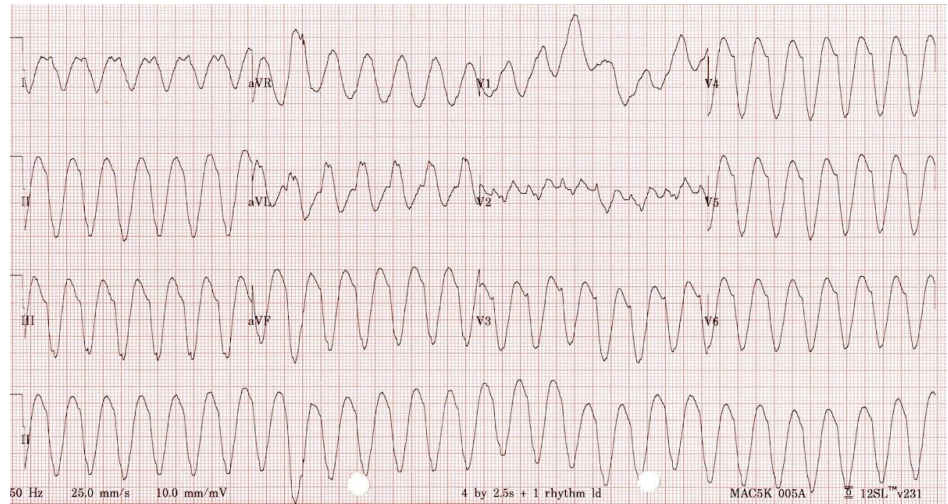
Ответы (Задача № 4)

1. Гиперхолестеринемия приводящий к формированию атеросклеротических бляшек в просвете коронарных артерий.
2. Риск атеросклероза существенно повышен так как у данного пациента проявляется 3 тип дислипидемии.
3. Так как пациент с 10 лет страдает СД I типа и возможно имеет место быть периодическая погрешность рациона питания и пищевого поведения пациента, следовательно, эти причины служили прогрессивному развитию дислипидемии и формированию атеросклероза.
4. Со временем может развиваться ретинопатия, нефропатия, микроангиопатия и полиневропатия, а также возможно и кетоацидотическая кома.

Задача № 5

Пациент С., 52 лет, доставлен в кардиологическое отделение больницы в связи с наступившим дома эпизодом потери сознания, которому предшествовали периодически возникающие приступы сердцебиения, что сочеталось с чувством внезапной слабости, головокружения и нехватки воздуха. Накануне С. пережил тяжёлую психоэмоциональную травму (смерть и похороны близкого родственника, страдавшего ИБС), много курил.

При обследовании: показатели гемограммы в пределах возрастной нормы. На ЭКГ: при мониторинге в течение суток зафиксировано 11 эпизодов аритмий длительностью от 20 до 60 с, в течение которых зубцы Р были плохо различимы, иногда наслаивались на комплексы QRS, число их было около 70 в минуту; комплексы QRS регулярные, с частотой 190 в мин., нередко деформированы, напоминают желудочковые экстрасистолы, независимые от зубца Р. Одновременно с этим регистрировалось резкое снижение АД.



Вопросы:

1. Как называется данная патология?
2. Каков механизм снижения сердечного выброса и потери сознания?
3. Каковы возможные причины?

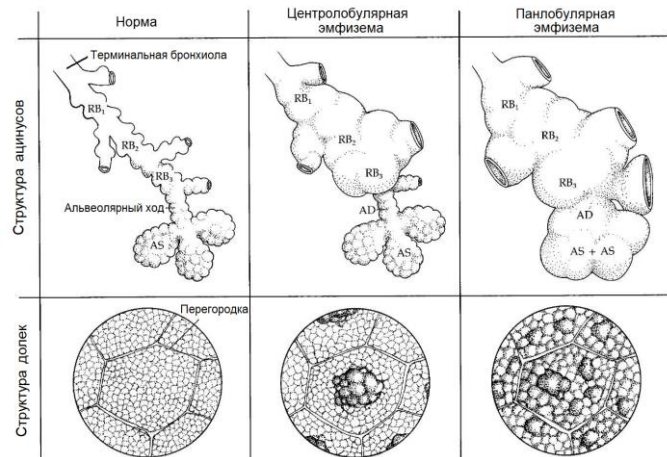
Задача № 6

Пациент Б., 81 год, поступил в приемное отделение с жалобами на одышку и утомляемость. За последние 3 месяца отмечает два эпизода кратковременной потери сознания. Курит в течение 50 лет. При осмотре выявлено: набухание шейных вен, увеличение размеров печени, отек нижних конечностей.

Выполнена эхокардиография, на которой обнаружены признаки гипертрофии правого желудочка и фракция выброса левого желудочка 64%.



Рис. 1. Набухлость наружной яремной вены у пациента с ХСН



Вопросы:

1. Сформулируйте диагноз.
2. Какой вариант сердечной недостаточности по локализации?
3. Какие признаки свидетельствуют о данной локализации повреждения?
4. Какой вариант сердечной недостаточности по нарушению функции?
5. Какова причина формирования сердечной недостаточности?
6. Какой механизм формирования сердечной недостаточности?

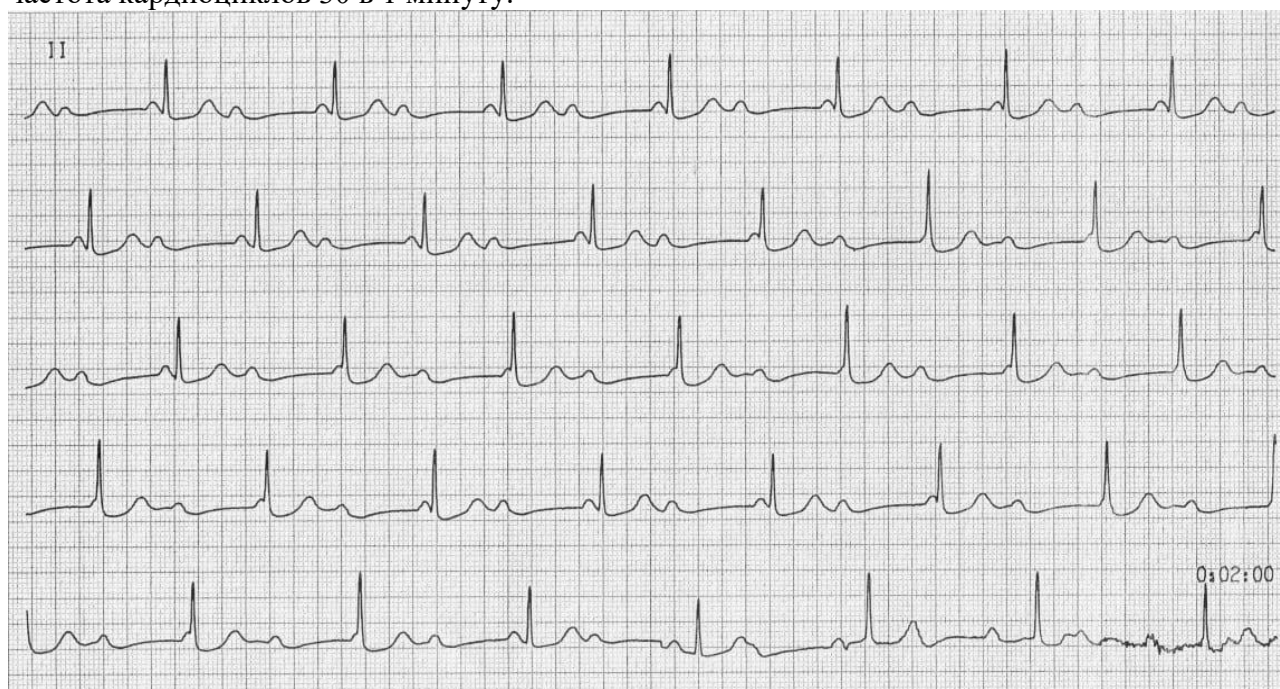
Ответы (Задача № 6)

1. Хроническая сердечная недостаточность. Хроническая обструктивная болезнь легких. Cor pulmonale.
2. Правожелудочковая недостаточность.
3. Набухание шейных вен, гепатомегалия, эпизоды потери сознания, отеки, нормальная фракция выброса.

4. Диастолическая, т.к. страдает наполнение левого желудочка из-за сниженного поступления крови по легочным венам и релаксация правого желудочка из-за его гипертрофии. Об этом также говорит нормальная фракция выброса ЛЖ.
5. Эмфизема легких (ХОБЛ тип А).
6. Курение-активация протеаз-лизис межальвеолярных перегородок – снижения площади газообмена+обструкция мелких бронхов из-за потери радиального растяжения – гипоксия – гипоксическая легочная вазоконстрикция – повышение давления в легочной артерии-перегрузка ПЖ-гипертрофия ПЖ.
7. Дальнейшее обследование: спирометрия, рентген грудной клетки, катетеризация ЛА.

Задача № 7

Вызов реанимационной бригады «Скорой помощи» в школу к девочке 14 лет, которая во время контрольного урока по математике внезапно побледнела и потеряла сознание. Отмечались клонические судороги. Через 2-3 мин. сознание восстановилось, и девочка самостоятельно приняла неизвестную таблетку. Со слов педагога, ребенок страдает каким-то заболеванием сердца. К моменту прибытия «Скорой помощи» произошла повторная потеря сознания. При осмотре: частота дыхания 20 в 1 минуту, пульс ритмичный, 30 ударов в 1 минуту. При выслушивании легких дыхание везикулярное, равномерное, границы сердца не изменены, тоны ритмичные, приглушены. Артериальное давление 60/30 мм. рт. ст. Среди вещей в школьной сумке найдена упаковка таблеток изадрина. ЭКГ: зубец Р определяется, интервал P-R постоянный, интервал P-R постоянно меняется, комплекс QRS несколько деформирован, частота кардиоциклов 30 в 1 минуту.



Вопросы:

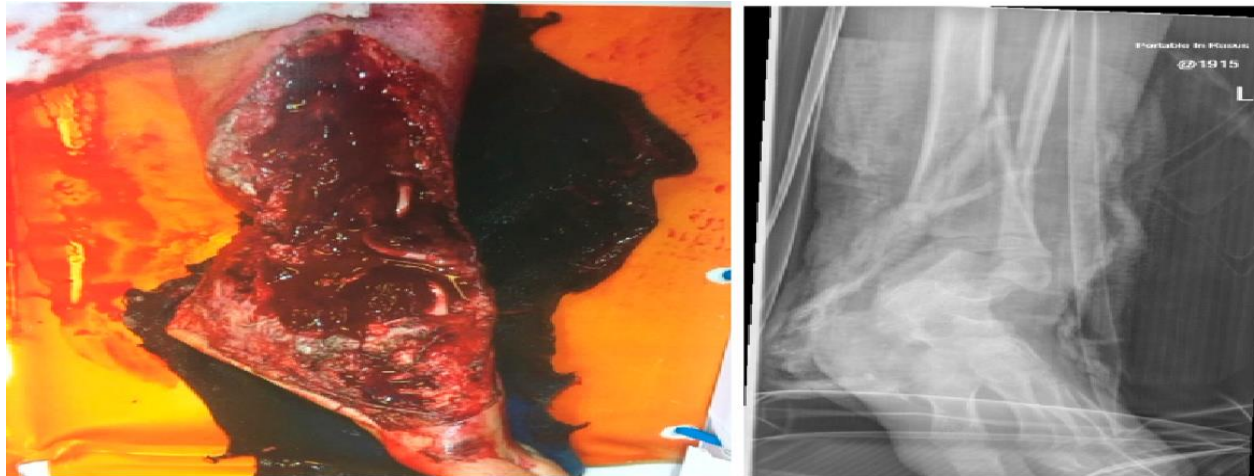
1. Какой патологический процесс возник?
2. Какие основные причины могут способствовать к данному состоянию?
3. Как называется данная картина?
4. Каков механизм потери сознания?

Ответы (Задача № 7)

1. Нарушение ритма сердца, брадиаритмия, полная АВ блокада.
2. Иммуная (повреждение ткани АВ-узла плода материнскими антителами класса анти-SSA/Ro анти-SSB/La), структурные дефекты сердца, миокардит, после хирургической коррекции ВПС.
3. Приступ Морганьи-Эдамса-Стокса. обморок, вызванный резким снижением сердечного выброса и ишемией мозга вследствие остро возникшего нарушения сердечного ритма (синоатриальная блокада 2 степени или полная атриовентрикулярная блокада, пароксизмальная тахикардия, фибрилляция желудочков, синдром слабости синусно-предсердного узла и др.).
4. Ишемия головного мозга. Необходимо решить вопрос о кардиостимуляции.

Задача № 8

У мальчика 12 лет множественные переломы костей конечностей и ушибы туловища в результате автомобильной катастрофы. В стационар доставлен через 1 час после травмы в тяжелом состоянии: сознание спутанное; он бледен, покрыт «холодным» липким потом; зрачки узкие со слабой реакцией на свет; время капиллярного наполнения 5 сек, дыхание редкое, поверхностное; тоны сердца приглушены; пульс едва прощупывается; артериальное давление 60/40 мм рт. ст.; имеются признаки массивной наружной кровопотери.



Вопросы:

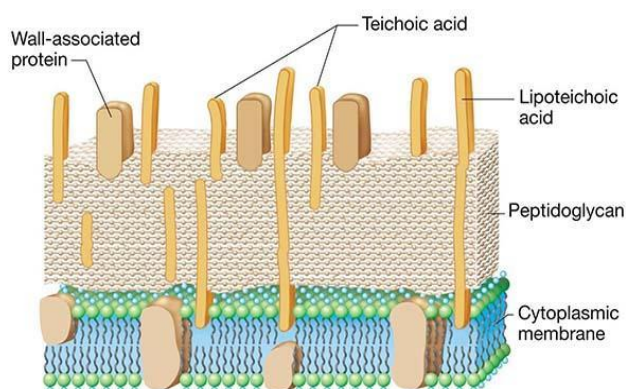
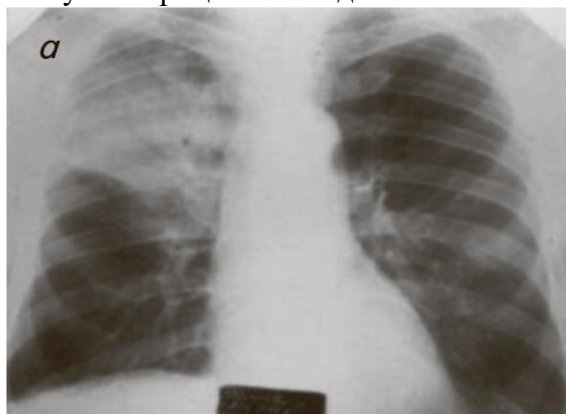
1. Какой патологический процесс развивается у мальчика?
2. Какая разновидность данного патологического процесса?
3. Какая стадия?
4. Каков патогенез дыхательных и циркуляторных расстройств?

Ответы (Задача № 8)

1. Шок.
2. Травматический, холодный.
3. Стадия декомпенсации, торпидная.
4. Гиповентиляция – центральное угнетение (подавление функции ЦНС, а именно центр дыхания), так же присоединяется респираторный дистресс синдром. Гипотензия из-за дефицита ОЦК и центральных нарушений регуляции давления.

Задача № 9

Ребенок Ф., 3 года, поступил на 4-е сутки болезни с жалобами на лихорадку и кашель. Заболевание началось с подъема температуры до 40°C, сухого кашля. После приема жаропонижающих чувствовал себя удовлетворительно, был активен. На 3-и сутки лихорадки был назначен цефиксим, который не оказал положительного эффекта в течение 24 ч, и ребенок был госпитализирован. Состояние ребенка при поступлении средней тяжести. Несмотря на высокую лихорадку, был активен. Катаральные явления отсутствовали. Поставлен диагноз: «Правосторонняя верхнедолевая пневмония». Назначен амоксициллин в дозе 100 мг/кг в сутки. В течение первого дня лечения лихорадка сохранялась в пределах 38,5°C. Состояние ребенка оставалось удовлетворительным, он был активен, охотно пил, аппетит был сохранен. На вторые сутки, до введения 3-й дозы антибиотика, произошло повышение температуры тела до 40°C, которое сопровождалось потрясающим ознобом, слабостью (не вставал с кровати), отказом от приема пищи и воды. Частота дыхания 60 в мин., ЧСС 175 уд. /мин., приглушение сердечных тонов, АД 95/50 мм рт. ст. На рентгенограмме - отсутствие ухудшения местного статуса. Отрицательная динамика числа нейтрофилов в крови.



Вопросы:

1. Какой патологический процесс развился на вторые сутки госпитализации?
2. Каков механизм развития данного патологического процесса?
3. Как лечить?

Ответы (Задача № 9)

1. Реакция Яриша-Герцхеймера, связанная с поступлением в кровь большого количества компонентов клеточной стенки бактерий после успешной антибиотикотерапии. Инфекционно-токсический шок. Особенность в сравнении с септическим шоком в том, что прогрессии самого воспалительного процесса не отмечается, т.е. реакция связана не с поступлением живых бактерий в кровь, а только продуктов их распада.
2. Реакция не развилась на цефиксим, поскольку он малоэффективен при пневмококковой пневмонии. Механизм – действие микробных эндотоксинов на сосудистый тонус, а затем – активация иммунной системы и гиперцитокинемия. Цитокины вызывают вазодилатацию и снижают чувствительность сосудов к вазоконстрикторам. Отсюда резкое снижение ОПСС и картина теплового шока.
3. Лечить необходимо небольшими дозами глюкокортикоидов для подавления иммунитета. При этом повода для замены антибиотика или отказа от антибиотикотерапии нет, т.к. реакция ЯГ (Яриша-Герцхеймера) скорее, наоборот, свидетельствует об эффективности лечения основного заболевания, т.е. о массивном бактерицидном эффекте.

Задача № 10

У пациента Н., 15 лет, после перенесенного стресса в течение 3 сут. нарастает слабость, вялость, сонливость. Жалобы на головную боль, тошноту, рвоту, боль в животе, жажду. Поступил в стационар. При поступлении: губы сухие, потрескавшиеся, тургор кожи снижен,

глаза запавшие, пульс нитевидный, слабого наполнения, 115 в мин., АД – 90/50 мм рт. ст. Дыхание редкое, глубокое. Переведен в палату интенсивной терапии. Тонус мышц ослаблен, сухожильные рефлексы отсутствуют. Сознание отсутствует. Анализ крови: глюкоза – 32 ммоль/л, рН - 7,25, рСО₂ – 20 мм рт. ст., бикарбонат - 12,6 ммоль/л (норма 22-27 ммоль/л).



Вопросы:

1. Какой патологический процесс?
2. Какая разновидность данного патологического процесса?
3. Каков возможная причина данного патологического процесса?
4. Каков механизм гипотензии?
5. Какие факторы могут спровоцировать развитие данного состояния?

Ответы (Задача № 10)

1. Кома. Признаки – отсутствие сознания, отсутствие рефлексов.
2. Кетоацидотическая кома. Признаки – дегидратация, гипергликемия, метаболический ацидоз, дыхание Куссмауля.
3. Сахарный диабет 1 типа. Молодой возраст. ДКА (диабетический кетаацидоз) – дебют заболевания.
4. Полиурия, дегидратация, снижение ОЦК (объёма циркулирующей крови).
5. Провокация кетоацидотической комы может произойти в результате дополнительной стимуляции поступления глюкозы в кровь (глюконеогенез, гликогенолиз) под влиянием контринсулярных гормонов (глюкагон, кортизол, катехоламины). К таким триггерам относятся психоэмоциональный стресс, хирургические операции, инвазивные исследования, инфекционные заболевания.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Тестовые задания

Раздел № 1. Патологическая анатомия

(проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4)

Выбрать 1 правильный ответ

1. Основные задачи патологоанатомической службы включают в себя:
 - а) Посмертную и прижизненную диагностику болезней
 - б) Контроль качества клинической диагностики и хода лечебного дела
 - в) Уточнение структуры причин смертности населения
 - г) Посмертную и прижизненную диагностику болезней; Контроль качества клинической диагностики и хода лечебного дела; Уточнение структуры причин смертности населения
 - д) Посмертную и прижизненную диагностику болезней; Контроль качества клинической диагностики и хода лечебного дела

2. Этические нормы врача-патологоанатома определяются:
- Умениями и навыками
 - Законами и приказами
 - Этническими особенностями региона
 - Моральной ответственностью врача перед обществом
 - Умениями и навыками; Законами и приказами
3. В систему патологоанатомической службы входят:
- Патологоанатомические отделения
 - Централизованные патологоанатомические отделения и патологоанатомические Бюро
 - Патоморфологические и патогистологические лаборатории научно-исследовательских институтов
 - Патологоанатомические отделения; Централизованные патологоанатомические отделения и патологоанатомические Бюро; Патоморфологические и патогистологические лаборатории научно-исследовательских институтов
 - Патологоанатомические отделения; Централизованные патологоанатомические отделения и патологоанатомические Бюро
4. Основные функциональные задачи персонала патологоанатомического отделения включают в себя:
- Определение характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале
 - Установление диагноза, причины и механизма смерти больного с выявлением сущности и происхождения заболевания
 - Анализ качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами, посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов
 - Определение характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале; Установление диагноза, причины и механизма смерти больного с выявлением сущности и происхождения заболевания; Анализ качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами, посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов
 - Определение характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале; Установление диагноза, причины и механизма смерти больного с выявлением сущности и происхождения заболевания.
5. В перечень профессиональных задач врача-патологоанатома входят:
- Оценка предварительной информации и подготовка к проведению патологоанатомического исследования
 - Производство вскрытия трупов
 - Исследование гистологических препаратов, и в случае необходимости, привлечение консультантов, использование дополнительных методов исследования
 - Оценка предварительной информации и подготовка к проведению патологоанатомического исследования; Производство вскрытия трупов; Исследование гистологических препаратов, и в случае необходимости, привлечение консультантов, использование дополнительных методов исследования
 - Производство вскрытия трупов; Исследование гистологических препаратов, и в случае необходимости, привлечение консультантов, использование дополнительных методов исследования
6. В перечень профессиональных задач врача-патологоанатома входят:
- Постановка предварительного диагноза
 - Оформление патологоанатомического и патологистологического диагнозов, в терминологии имеющейся в номенклатуре болезней, и доступной для последующего кодирования
 - Ведение медицинской документации
 - Постановка предварительного диагноза; Оформление патологоанатомического и патологистологического диагнозов, в терминологии имеющейся в номенклатуре болезней, и доступной для последующего кодирования; Ведение медицинской документации
 - Постановка предварительного диагноза; Оформление патологоанатомического и

патологогистологического диагнозов

7. В перечень профессиональных задач врача-патологоанатома входят:

- а) Вскрытие трупов и гистологическое исследование секционного материала
- б) Забор секционного материала для специальных исследований
- в) Микроскопическое и специальное исследование операционного и биопсийного материала
- г) Вскрытие трупов и гистологическое исследование секционного материала; Забор секционного материала для специальных исследований; Микроскопическое и специальное исследование операционного и биопсийного материала
- д) Вскрытие трупов и гистологическое исследование секционного материала; Микроскопическое и специальное исследование операционного и биопсийного материала

8. В случаях диагностирования злокачественных новообразований, инфекционных заболеваний, заболеваний, требующих гормональной, лучевой, цитостатической терапии и хирургических вмешательств, патологогистологическое заключение подписывает:

- а) Врач-патологоанатом
- б) Зав. патологоанатомическим отделением
- в) Главный врач больницы
- г) Онколог
- д) Врач-патологоанатом и заведующий, патологоанатомическим отделением

9. В должностные обязанности врача-патологоанатома входят:

- а) Заполнение врачебного свидетельства о смерти в соответствии с требованиями Международной классификации болезней
- б) Беседа с родственниками умершего с учетом требований этики и деонтологии
- в) Выполнение производственных поручений заведующего отделением
- г) Заполнение врачебного свидетельства о смерти в соответствии с требованиями Международной классификации болезней; Беседа с родственниками умершего с учетом требований этики и деонтологии; Выполнение производственных поручений заведующего отделением
- д) Заполнение врачебного свидетельства о смерти; Выполнение производственных поручений заведующего отделением

10. Набор помещений патологоанатомического отделения включает в себя:

- а) Секционную и хранилище трупов
- б) Зал прощания с комнатой для ожидания
- в) Кабинеты врачей, лаборатории с подсобными помещениями
- г) Секционную и хранилище трупов; Кабинеты врачей, лаборатории с подсобными помещениями
- д) Секционную и хранилище трупов; Зал прощания с комнатой для ожидания; Кабинеты врачей, лаборатории с подсобными помещениями

11. Набор помещений для гистологической лаборатории включает

- а) Комнату для приема и вырезки биопсийного материала
- б) Гистологическую лабораторию
- в) Фиксационную
- г) Комнату для приема и вырезки биопсийного материала; Гистологическую лабораторию; Фиксационную
- д) Гистологическую лабораторию; Фиксационную

12. В таблицу оборудования патологоанатомического отделения включают:

- а) Аппараты и приборы
- б) Медицинский инструментарий, мебель и оборудование
- в) Реактивы, краски, химикаты, посуда
- г) Аппараты и приборы; Медицинский инструментарий, мебель и оборудование; Реактивы, краски, химикаты, посуда
- д) Медицинский инструментарий, мебель и оборудование; Реактивы, краски, химикаты, посуда

- 13.** В клиническом диагнозе основным заболеванием считается:
- а) Заболевание, диагностированное при поступлении в стационар
 - б) Состояние, которое имелось у больного задолго до поступления в стационар
 - в) Состояния, указанные в амбулаторной карте
 - г) Состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование, диагностированное в конце эпизода обращения за медицинской помощью
 - д) Заболевание, диагностированное при поступлении в стационар; Состояние, которое имелось у больного задолго до поступления в стационар; Состояния, указанные в амбулаторной карте; Состояние, по поводу которого проводилось лечение или обследование, диагностированное в конце эпизода обращения за медицинской помощью
- 14.** В клиническом диагнозе должны также регистрироваться другие состояния, которыми считаются:
- а) Патологические процессы
 - б) Болезни, имевшиеся у больного, но не оказывающие влияние на основное заболевание
 - в) Начальные звенья патогенеза, ранее диагностированных нозологических единиц
 - г) Осложнения
 - д) Заболевания, которые сосуществуют или возникают в ходе данного эпизода медико-санитарной помощи и оказывают влияние на лечение пациента
- 15.** Имеют право присутствовать на вскрытии:
- а) Родственники умершего, либо их доверенное лицо
 - б) Врачи отделения, где умер больной
 - в) Лечащие врачи
 - г) Следственные органы
 - д) Врачи отделения, где умер больной; Лечащие врачи
- 16.** При вскрытии трупа оформляются следующие документы:
- а) Протокол патологоанатомического исследования
 - б) Врачебное свидетельство о смерти
 - в) Заключение о причине смерти
 - г) Танатогенез
 - д) Протокол патологоанатомического исследования; Врачебное свидетельство о смерти
- 17.** Отмена вскрытия, по приказам Минздрава, не должна разрешаться в случаях:
- а) Пребывания больного в лечебно-профилактическом учреждении менее суток
 - б) Подозрения на насильственную смерть и наличия инфекционных заболеваний
 - в) Неясного прижизненного диагноза (независимо от срока пребывания в больнице) и после проведения диагностических и лечебных мероприятий, явившихся причиной смерти больного
 - г) Пребывания больного в лечебно-профилактическом учреждении менее суток; Подозрения на насильственную смерть и наличия инфекционных заболеваний; Неясного прижизненного диагноза (независимо от срока пребывания в больнице) и после проведения диагностических и лечебных мероприятий, явившихся причиной смерти больного
 - д) Подозрения на насильственную смерть; Неясного прижизненного диагноза
- 18.** Направление трупа на судебно-медицинское исследование независимо от времени пребывания больного в лечебном учреждении производится, если смерть последовала от:
- а) Механических повреждений и асфиксии
 - б) Отравлений, действия крайних температур и электричества
 - в) Искусственного аборта и насильственных причин
 - г) Механических повреждений и асфиксии; Отравлений, действия крайних температур и электричества; Искусственного аборта и насильственных причин
 - д) Механических повреждений; Насильственных причин
- 19.** В педиатрической практике вскрытию подлежат:
- а) Все без исключения новорожденные, умершие в лечебном учреждении
 - б) Выкидыши с массой тела более 500 г
 - в) Все мертворожденные с массой тела более 1000 г

- г) Все без исключения новорожденные, умершие в лечебном учреждении; Выкидыши с массой тела более 500 г; Все мертворожденные с массой тела более 1000 г
 - д) Все без исключения новорожденные, умершие в лечебном учреждении; Все мертворожденные с массой тела более 1000 г
- 20.** При вскрытии трупа могут быть использованы методы извлечения:
- а) Отдельных органов (по Вирхову)
 - б) Органов по системам (по Абрикосову)
 - в) Всего органокомплекса (полная эвисцерация по Шору)
 - г) Отдельных органов (по Вирхову); Органов по системам (по Абрикосову); Всего органокомплекса (полная эвисцерация по Шору)
 - д) Органов по системам (по Абрикосову); Всего органокомплекса (полная эвисцерация по Шору)
- 21.** Протокол патологоанатомического исследования включает в себя следующие разделы:
- а) Паспортную часть, клинические диагнозы, протокольную часть
 - б) Патологоанатомический диагноз
 - в) Причина смерти (выписка из свидетельства смерти), краткие клинические данные и клинико-анатомический эпикриз
 - г) Заключение о причине смерти больного
 - д) Паспортную часть, клинические диагнозы, протокольную часть, патологоанатомический диагноз и клинико-анатомический эпикриз с заключением о причине смерти больного
- 22.** Первоначальная причина смерти:
- а) Нозологическая единица, послужившая непосредственной причиной смерти
 - б) Болезнь или травма, которая обусловила последовательный ряд болезненных процессов, приведших больного к смерти
 - в) Обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму
 - г) Болезнь или травма, которая обусловила последовательный ряд болезненных процессов, приведших больного к смерти или Обстоятельства несчастного случая или акта насилия, которые вызвали смертельную травму
 - д) Смертельное осложнение
- 23.** Непосредственная причина смерти — это:
- а) Нозологическая единица (синдром, травма), за которой последовала биологическая смерть
 - б) Нозологическая единица, явившаяся причиной смерти больного
 - в) Проявления механизма наступления смерти
 - г) Основное заболевание
 - д) Комплекс заболеваний пациента
- 24.** Рубрики посмертного клинического диагноза:
- а) Основное заболевание (первоначальная причина смерти)
 - б) Осложнения
 - в) Сопутствующие заболевания
 - г) Основное заболевание; Осложнения; Сопутствующие заболевания
 - д) Основное заболевание; Осложнения
- 25.** Структура посмертного клинического диагноза при наличии комбинированного основного заболевания включает в себя:
- а) Два основных конкурирующих заболевания
 - б) Два сочетанных заболевания
 - в) Основное и фоновое заболевания
 - г) Два основных конкурирующих заболевания; Два сочетанных заболевания; Основное и фоновое заболевания
 - д) Основное и сопутствующее заболевания
- 26.** Правильное заполнение врачебного свидетельства о смерти требует выполнения следующих условий:

- а) Основное заболевание (первоначальная причина смерти) записывается в нижнюю из трех строк (а, б, в) с учетом ранее заполненных строк (непосредственной, промежуточной причин смерти)
- б) Основное заболевание записывается только в третью строку (в)
- в) Непосредственная причина смерти записывается только в верхнюю строку (а)
- г) Сопутствующее заболевание записывается в строку II
- д) Основное заболевание (первоначальная причина смерти) записывается в нижнюю из трех строк (а, б, в) с учетом ранее заполненных строк (непосредственной (строка а), промежуточной (строка б) причин смерти)

27. Посмертный клинический эпикриз включает в себя следующие основные данные:

- а) Анамнестические и клинические
- б) Лабораторные и рентгенологические
- в) Патологоанатомические и гистологические
- г) Заключение о причине смерти больного
- д) Анамнестические и клинические, лабораторные и рентгенологические, гистологические, заключение о причине смерти больного, посмертный диагноз

28. При сличении клинического и патологоанатомического диагнозов основных заболеваний устанавливают следующие категории расхождений по:

- а) Диагнозу основного заболевания или первого заболевания в комбинированном
- б) Важнейшим осложнениям, существенно изменившим течение основного заболеваний или явившимся причиной смерти
- в) Второму заболеванию в комбинированном основном (при наличии двух конкурирующих, сочетанных, основного с фоновым)
- г) Нозологическому, этиологическому принципу и по локализации процесса
- д) Диагнозу основного заболевания

29. На клинико-патологоанатомической конференции обсуждают:

- а) Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагноза основного заболевания
- б) Редкие наблюдения, необычно протекающие заболевания, случаи лекарственной патологии
- в) Случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств
- г) Все случаи, рекомендованные на заседаниях КИЛИ к разбору
- д) Все случаи смерти пациентов в стационаре

30. На клинико-патологоанатомических конференциях также обсуждают:

- а) Случаи острых инфекционных заболеваний
- б) Случаи запоздалой диагностики и случаи смерти, оставшиеся не ясными
- в) Отчет заведующего патологоанатомическим отделением
- г) Все случаи, рекомендованные на заседаниях КИЛИ к разбору
- д) Случаи перинатальной смерти

31. В числе причин расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов основных заболеваний выделяют:

- а) Недостаточность обследования больного и объективные трудности исследования
- б) Недоучет клинических и лабораторных данных
- в) Переоценку клинических и лабораторных данных
- г) Недостаточность обследования больного и объективные трудности исследования; Недоучет клинических и лабораторных данных; Переоценку клинических и лабораторных данных
- д) Трудности диагностики заболевания

32. В числе причин расхождений клинических и патологоанатомических диагнозов основных заболеваний выделяют:

- а) Недоучет и переоценку рентгенологических и других функциональных данных
- б) Неправильное оформление и построение диагнозов
- в) Прочие причины
- г) Недоучет и переоценку рентгенологических и других функциональных данных; Неправильное

- оформление и построение диагнозов; Прочие причины
д) Трудности диагностики заболевания

Тестовые задания Раздел № 2 Патологическая физиология (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, ОПК-4.1, ПК-2.4)

Выбрать 1 правильный ответ

1. Укажите патологические процессы, сопровождающиеся местной недостаточностью кровообращения:
 - а) Хроническая сердечная недостаточность.
 - б) =Ишемия и венозная гиперемия.
 - в) Ортостатический коллапс.
 - г) Геморрагический шок.
2. Выберите причины преимущественно правожелудочковой недостаточности:
 - а) Массивная тромбоэмболия легочной артерии.
 - б) Трикуспидальная регургитация.
 - в) Хроническая обструктивная болезнь легких.
 - г) = Массивная тромбоэмболия легочной артерии; Трикуспидальная регургитация; Хроническая обструктивная болезнь легких
3. Выберите причины преимущественно левожелудочковой недостаточности:
 - а) =Артериальная гипертензия и ИБС.
 - б) Трикуспидальная регургитация.
 - в) Хроническая обструктивная болезнь легких.
 - г) Пневмоторакс.
4. Выберите сочетание, характеризующее структурно-функциональные изменения в левом желудочке, присущие систолической сердечной недостаточности:
 - а) =↓ соотношения «масса/объем», ↓ фракции выброса, ↓ диастолической жесткости.
 - б) ↓ соотношения «масса/объем», ↓ фракции выброса, ↑ диастолической жесткости.
 - в) ↑ соотношения «масса/объем», ↓ фракции выброса, ↑ диастолической жесткости.
 - г) ↑ соотношения «масса/объем», ↑ фракции выброса, ↑ диастолической жесткости.
5. Выберите сочетание, характеризующее структурно-функциональные изменения в левом желудочке, присущие диастолической сердечной недостаточности:
 - а) ↓ соотношения «масса/объем», ↑ толщины стенки, ↓ диастолической жесткости.
 - б) ↓ соотношения «масса/объем», ↑ толщины стенки, ↑ диастолической жесткости.
 - в) =↑ соотношения «масса/объем», ↑ толщины стенки, ↑ диастолической жесткости.
 - г) ↑ соотношения «масса/объем», ↓ толщины стенки, ↑ диастолической жесткости.
6. Выберите наиболее типичные причины диастолической сердечной недостаточности:
 - а) Тяжелый миокардит.
 - б) =Сахарный диабет.
 - в) Дилатационная кардиомиопатия.
 - г) Алкогольная кардиомиопатия.
7. Выберите три наиболее частые причины хронической сердечной недостаточности в РФ в настоящее время:
 - а) Артериальная гипертензия.
 - б) Ишемическая болезнь сердца.
 - в) Сахарный диабет.
 - г) = Артериальная гипертензия; Ишемическая болезнь сердца; Сахарный диабет
8. Какое событие в патогенезе ишемии миокарда приводит к наступлению необратимой фазы повреждения кардиомиоцитов:
 - а) Внутриклеточный ацидоз.

- б) Повышение концентрации Ca^{2+} в саркоплазме.
 - в) =Разрыв сарколеммы.
 - г) Отек кардиомиоцита.
9. Выберите вирус, обладающий максимальной кардиотропностью и вызывающий острый миокардит:
- а) Вирус гепатита С.
 - б) Парвовирус В19.
 - в) =Вирус Коксаки В3.
 - г) Вирус Эпштейна-Барр.
 - д) Вирус SARS-CoV-2.
10. Какой фермент в кардиомиоцитах ингибирует доксорубин, вызывая необратимое повреждение:
- а) Пируватдегидрогеназу.
 - б) Цитохромоксидазу.
 - в) =Топоизомеразу 2 β .
 - г) Обратную транскриптазу.
 - д) Топоизомеразу 2 α .
11. Выберите важнейшие механизмы гибели кардиомиоцитов в результате воздействия доксорубина:
- а) Прекращение синтеза белка.
 - б) Блокада натриевых каналов.
 - в) =Запуск р53-зависимого апоптоза.
 - г) =Гиперпродукция активных форм кислорода.
12. Выберите аритмии, которые могут быть отнесены к категории брадиаритмий:
- а) =Полная АВ блокада и синдром слабости синусового узла.
 - б) Желудочковая тахикардия.
 - в) Фибрилляция предсердий.
 - г) Фибрилляция желудочков.
13. Какой электрофизиологический механизм развития аритмий реализуется при реактивации входящего тока кальция через каналы L-типа вследствие увеличения продолжительности потенциала действия:
- а) Повторный вход возбуждения (re-entry).
 - б) =Ранние постдеполяризации.
 - в) Поздние постдеполяризации.
 - г) Усиленный автоматизм.
14. Какой электрофизиологический механизм развития аритмий реализуется при перегрузке кардиомиоцита кальцием и его «утечке» через рианодинные каналы саркоплазматического ретикула в диастолу:
- а) Повторный вход возбуждения (re-entry).
 - б) Усиленный автоматизм
 - в) Ранние постдеполяризации.
 - г) =Поздние постдеполяризации.
15. К какой группе компенсаторных механизмов относится активация симпато-адреналовой системы при хронической сердечной недостаточности:
- а) Кардиальные.
 - б) Эстракардиальные.
 - в) =Смешанные.
16. К какой группе компенсаторных механизмов относится активация ренин-ангиотензин-альдостероновой системы при хронической сердечной недостаточности:
- а) Кардиальные.

- б) =Экстракардиальные.
 - в) Смешанные.
- 17.** К какой группе компенсаторных механизмов относится механизм Франка-Старлинга при хронической сердечной недостаточности:
- а) Смешанные.
 - б) Экстракардиальные.
 - в) =Кардиальные.
- 18.** Какие типы рецепторов сарколеммы задействованы в запуске сигнальных механизмов гипертрофии:
- а) Рецепторы с тирозинкиназной активностью.
 - б) G-белок-связанные рецепторы.
 - в) Рецепторы растяжения (механорецепторы).
 - г) = Рецепторы с тирозинкиназной активностью; G-белок-связанные рецепторы; Рецепторы растяжения (механорецепторы).
- 19.** Какие факторы могут приводить к возникновению эпизодов ишемии миокарда в условиях сниженного коронарного резерва:
- а) =Физическая нагрузка и психоэмоциональный стресс.
 - б) Гипотиреоз.
 - в) Мужской пол.
- 20.** Какие факторы могут приводить к возникновению эпизодов ишемии миокарда в условиях сниженного коронарного резерва:
- а) =Желудочковая тахикардия.
 - б) Нефроптоз.
 - в) Прием бета-блокаторов.
- 21.** Какая из стадий компенсаторной гиперфункции сердца по Ф.З.Меерсону характеризуется развитием выраженного стресс - синдрома, увеличением интенсивности работы функционирующих структур миокарда без увеличения их числа:
- а) =Аварийная стадия.
 - б) Переходная стадия.
 - в) Стадия гипертрофии.
 - г) Стадия истощения.
- 22.** За счет каких внутриклеточных структур в основном происходит увеличение объема кардиомиоцитов при гипертрофии:
- а) Рибосомы.
 - б) Саркоплазматический ретикулум.
 - в) Ядро.
 - г) =Митохондрии и саркомеры.
- 23.** Какие заболевания можно отнести к группе метаболических кардиомиопатий:
- а) =Диабетическое сердце и амилоидоз сердце.
 - б) Алкогольная кардиомиопатия.
 - в) Васкулит.
- 24.** Какие заболевания можно отнести к группе метаболических кардиомиопатий:
- а) =Гликогеноз II типа (болезнь Помпе).
 - б) Энтрит.
 - в) Гипертрофическая кардиомиопатия.
- 25.** Какие заболевания можно отнести к группе наследственных кардиомиопатий:
- а) Диабетическое сердце.
 - б) Алкогольная кардиомиопатия.

- в) Доксорубициновая кардиомиопатия.
 - г) =Дилатационная и гипертрофическая кардиомиопатия.
- 26.** Какие заболевания можно отнести к группе токсических кардиомиопатий:
- а) =Алкогольная и доксирубициновая кардиомиопатия.
 - б) Диабетическая кардиомиопатия.
 - в) Дилатационная кардиомиопатия.
 - г) Гипертрофическая кардиомиопатия.
- 27.** Укажите ведущие патогенетические факторы диабетической кардиомиопатии:
- а) =Инсулинорезистентность и гипергликемия.
 - б) Жировая инфильтрация.
 - в) Инфильтрация клетками воспаления.
- 28.** При каком варианте причины перегрузочной сердечной недостаточности от перегрузки объемом первично страдает правый желудочек:
- а) Гиперволемиа.
 - б) =Дефект межжелудочковой перегородки.
 - в) Увеличение сердечного выброса при тиреотоксикозе.
 - г) Митральная недостаточность.
 - д) Легочная гипертензия.
- 29.** При каком варианте причины перегрузочной сердечной недостаточности от перегрузки объемом первично страдает левый желудочек:
- а) Дефект межжелудочковой перегородки.
 - б) =Недостаточность аортального клапана.
 - в) Митральный стеноз.
 - г) Гиперволемиа.
 - д) Легочная гипертензия.
- 30.** Выберите основные сценарии запуска острого воспаления в миокарде
- а) Вирус-опосредованная гибель кардиомиоцитов.
 - б) Ишемический некроз кардиомиоцитов.
 - в) Вторичное иммунное повреждение кардиомиоцитов.
 - д) = Вирус-опосредованная гибель кардиомиоцитов; Ишемический некроз кардиомиоцитов; Вторичное иммунное повреждение кардиомиоцитов
- 31.** Какой тип вторичной гипертензии связан с избыточной продукцией катехоламинов:
- а) Ренопаренхиматозная гипертензия.
 - б) Вазоренальная гипертензия.
 - в) =Феохромоцитома.
 - г) Первичный гиперальдостеронизм.
 - д) Гиперпаратиреоз.
- 32.** Какой кандидатный ген способствует развитию эссенциальной гипертензии при носительстве его варианта, ассоциированного с пониженным уровнем/активностью:
- а) Эндотелин-1.
 - б) =Эндотелиальная NO-синтаза.
 - в) Ангиотензин-превращающий фермент.
 - г) Ангиотензиноген.
 - д) АТ1 ангиотензиновый рецептор.
- 33.** Изолированная систолическая гипертензия развивается при:
- а) Сахарном диабете.
 - б) Гиперкортицизме (синдроме Кушинга).
 - в) =Гипертиреозе (н-р, болезни Грейвса).
 - г) Первичном гиперальдостеронизме (синдроме Конна).

- д) Акромегалии.
- 34.** Изолированное повышение объема циркулирующей крови лежит в основе следующей вторичной гипертензии:
- а) Коарктация аорты.
 - б) Феохромоцитома.
 - в) Гипертиреоз.
 - г) =Первичный гиперальдостеронизм.
 - д) Синдром Кушинга.
- 35.** Каковы органы-мишени при артериальной гипертензии:
- а) Мозг, сердце, почка, скелетная мышца.
 - б) =Сердце, мозг, почка, сетчатка, аорта.
 - в) Сердце, легкое, сетчатка, мозг.
 - г) Легкое, мозг, почка.
 - д) Легкое, почка, печень.
- 36.** При какой из симптоматических гипертензий в роли ведущих патогенетических факторов выступают гиперволемиа и дефицит вазодилататоров:
- а) Вазоренальная гипертензия.
 - б) Гиперпаратиреоз.
 - в) Феохромоцитома.
 - г) =Ренопривная гипертензия.
 - д) Первичный гиперальдостеронизм.
- 37.** Какой тип вторичной гипертензии связан с избыточной активацией ренин-ангиотензин-альдостероновой системы:
- а) Ренопаренхиматозная гипертензия.
 - б) =Вазоренальная гипертензия.
 - в) Феохромоцитома.
 - г) Первичный гиперальдостеронизм.
 - д) Гипертиреоз.
- 38.** Каков основной механизм повышения артериального давления при синдроме Лиддла:
- а) =Повышение объема циркулирующей крови.
 - б) Повышение сердечного выброса.
 - в) Повышение общего периферического сопротивления сосудов.
 - г) Ничто из вышеперечисленного.
- 39.** Какой белок откладывается в стенке артерий и артериол при болезни мелких сосудов головного мозга:
- а) Амилоид.
 - б) =Гиалин.
 - в) Фибрин.
 - г) Коллаген.
 - д) Эластин.
- 40.** Как называется крайняя степень морфологических проявлений баротравмы мелких сосудов при артериальной гипертензии:
- а) Атеросклероз.
 - б) Артериолосклероз.
 - в) Липогиалиноз.
 - г) =Фибриноидный некроз.
- 41.** Как называется процесс необратимого повреждения почечных клубочков при АД выше 180 мм рт. ст.:
- а) Доброкачественный нефросклероз.

- б) Гипертензивная нефропатия.
 - в) =Злокачественный нефроангиосклероз.
 - г) Мезангиопролиферативный гломерулонефрит.
42. Дефицит какого фермента лежит в основе развития синдрома кажущегося избытка минералокортикоидов:
- а) С21-гидроксилаза.
 - б) Альдостерон синтаза.
 - в) Ангиотензин-превращающий фермент.
 - г) =11 β гидроксистероиддегидрогеназы (11 β HSD).
 - д) Гидроксиметилглутарил-КоА-синтаза.
43. Укажите механизмы развития гипертензии при синдроме Кушинга:
- а) Воздействие глюкокортикоидов на минералокортикоидные рецепторы.
 - б) Повышение чувствительности сосудов к действию катехоламинов.
 - в) Подавление продукции вазодилататоров
 - г) Усиление образования ангиотензиногена в печени.
 - д) = Воздействие глюкокортикоидов на минералокортикоидные рецепторы; Повышение чувствительности сосудов к действию катехоламинов; Подавление продукции вазодилататоров; Усиление образования ангиотензиногена в печени
44. Выберите тип рецепторов, не участвующих в рефлекторной активации симпатической нервной системы при сердечной недостаточности с низкой фракцией выброса:
- а) Барорецепторы высокого давления.
 - б) =Периферические холодовые терморецепторы.
 - в) Эргорецепторы скелетных мышц.
 - г) Механорецепторы растяжения легочной ткани.
 - д) Периферические и центральные хеморецепторы.
45. Какой из рефлекторных механизмов повышения тонуса симпатической нервной системы запускается при ишемии миокарда:
- а) Артериальный барорефлекс.
 - б) Коронарный хеморефлекс (рефлекс Бецоляда-Яриша).
 - в) =Кардиальный хеморефлекс.
 - г) Хеморефлекс с центральных и периферических хеморецепторов.
 - д) Рефлекс Гольца.
46. Какие типы коллагена в основном накапливаются в интерстиции миокарда при диффузном фиброзе:
- а) =Коллаген I и III типов.
 - б) Коллаген I, IV и V типов.
 - в) Коллаген III типа.
 - г) Коллаген II и IX типов.
47. Какая из концепций патогенеза ХСН послужила обоснованием для использования в ее лечении ингибиторов АПФ и бета-блокаторов:
- а) Гемодинамическая.
 - б) Кардиоренальная.
 - в) Иммуновоспалительная.
 - г) =Нейрогуморальная.
48. Какая из концепций патогенеза ХСН послужила обоснованием для использования в ее лечении диуретиков:
- д) Гемодинамическая.
 - е) =Кардиоренальная.
 - ж) Иммуновоспалительная.
 - з) Нейрогуморальная.

49. Какая из концепций патогенеза ХСН послужила обоснованием для использования в ее лечении биологических препаратов, связывающих фактор некроза опухолей- α :
- Гемодинамическая.
 - Кардиоренальная.
 - =Иммуновоспалительная.
 - Нейрогуморальная.
50. Концентрация какого внутриклеточного вторичного мессенджера повышается при стимуляции рецепторов к натрийуретическим пептидам:
- цАМФ.
 - Инозитолтрифосфат.
 - Диацилглицерол.
 - NO.
 - =цГМФ.
51. Выберите эффекты, оказываемые ангиотензином II через AT1 рецепторы:
- Вазоконстрикция.
 - Гипертрофия миокарда.
 - Активация фибробластов и усиление секреции проколлагена.
 - Оксидативный стресс.
 - = Вазоконстрикция; Гипертрофия миокарда; Активация фибробластов и усиление секреции проколлагена; Оксидативный стресс
52. Выберите эффекты, оказываемые ангиотензином II через AT2 рецепторы:
- Вазодилатация.
 - Запуск апоптоза клетки.
 - Антиоксидантный эффект.
 - = Вазодилатация; Запуск апоптоза клетки; Антиоксидантный эффект
53. Какие изменения субстратного обеспечения энергетического метаболизма характерны для хронической сердечной недостаточности:
- Увеличение вклада жирных кислот.
 - =Увеличение вклада глюкозы.
 - Увеличение вклада кетоновых тел.
 - Увеличение вклада лактата.
54. Выберите ведущий патогенетический механизм развития сердечных отеков:
- Гипопротеинемический.
 - =Гидростатический.
 - Лимфогенный.
 - Мембраногенный.
 - Объем-зависимый.
55. Какие положения лежат в основе нейрогуморальной концепции патогенеза ХСН:
- Снижение перфузии почки, задержка натрия и воды.
 - Снижение сердечного выброса и сопутствующее повышение ОПСС.
 - =Активация симпато-адреналовой системы, РААС, ККС, эндотелинов.
 - Увеличение продукции провоспалительных цитокинов и гиперцитокинемия.
56. Из каких клеток непосредственно образуются рабочие кардиомиоциты при прямом кардиомиогенном репрограммировании:
- Эмбриональные стволовые клетки.
 - Индукцированные плюрипотентные стволовые клетки.
 - =Фибробласты сердца.
 - Резидентные стволовые клетки сердца.
 - Транзиторные клетки (прекардиомиоциты).

- 57.** Приведите пример состояния, при котором сердечный резерв снижен до нуля:
- Спортивные тренировки.
 - Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST.
 - Хроническая ишемическая болезнь сердца.
 - Умеренная митральная недостаточность.
 - Перенесенный миокардит в анамнезе.
- 58.** Выберите негативные аспекты чрезмерной, пролонгированной активации симпато-адреналовой системы при ХСН:
- Увеличение риска аритмий.
 - Выраженная гипертрофия миокарда.
 - Увеличение потребления миокардом кислорода.
 - Увеличение риска аритмий; Выраженная гипертрофия миокарда; Увеличение потребления миокардом кислорода
- 59.** Выберите негативные аспекты чрезмерной, пролонгированной активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы при ХСН:
- Развитие отеков.
 - Выраженная гипертрофия миокарда.
 - Диффузный фиброз миокарда.
 - Развитие отеков; Выраженная гипертрофия миокарда; Диффузный фиброз миокарда
- 60.** Ранняя диагностика острого инфаркта миокарда (ИМ) зависит от тщательного выявления аномалий:
- Зубца Р.
 - Интервала QT.
 - Интервала RR
 - Сегмента ST.
- 61.** В стандартной последовательности интерпретации данных ЭКГ, первостепенным является:
- Оценка ЧСС.
 - Оценка сегмента ST.
 - Определение ЭОС (электрическая ось сердца).
 - Оценка морфологии зубца Р и комплекса QRS.
 - Определение ритма и расчет ЧСС.
- 62.** Оценка сегмента ST определяется на предмет:
- Элевации и депрессии.
 - Элиминации и исчезновения.
 - Повышения и понижения.
- 63.** Аномальный подъем сегмента ST могут вызвать:
- Острый ИМ.
 - Спазм коронарных артерий.
 - Острый перикардит.
 - Аневризма левого желудочка.
 - Острый ИМ; Спазм коронарных артерий; Острый перикардит; Аневризма левого желудочка
- 64.** На ЭКГ диагностическим критерием при остром ИМ с подъёмом сегмента ST следующие:
- Патологический подъем ST больше или равно 1 мм в двух или более отведениях.
 - Патологический подъем ST больше или равно 1 мм в одном отведении.
 - Патологический подъем ST меньше или равно 1 мм в одном прекардиальном отведении.
- 65.** Вариант нормы подъёма сегмента ST часто наблюдается у здоровых людей:
- Представители некоторых этнических групп.
 - Испанцев.

- в) Негроидной расы.
г) = Представители некоторых этнических групп; Испанцев; Негроидной расы
- 66.** Пациенты с острым коронарным синдромом, особенно те, у которых боль в покое продолжается более 20 минут и сопровождается изменениями на ЭКГ, подразделяются на несколько групп риска в зависимости от уровня тропонина:
а) Группа высокого риска и группа низкого риска.
б) Группа высоко, группа умеренного, и группа низкого риска.
в) =Группа высокого, группа промежуточного риска и группы низкого риска.
г) Группа опасного риска, группа промежуточного и группа не опасного риска.
- 67.** Пациенты с коронарным синдромом, с изменениями на ЭКГ, относящиеся к промежуточной группе риска уровень тропонина (TnT или TnI) может быть:
а) Больше 0,1 нг/мл.
б) Больше 0,2 нг/мл.
в) Меньше 0,01 нг/мл.
г) =Больше 0,01 нг/мл, но меньше 0,1 нг/мл.
- 68.** На ЭКГ диагностическим критерием инфаркта миокарда (ИМ) задней стенки может быть:
а) Подъёма сегмента ST в отведениях aVL и V1
б) Изменения сегмента ST в отведениях V2-V4.
в) Слабое нарастание зубца R в отведениях V3-V5 2.
г) Патологические зубцы Q в отведениях II, III, aVF с заметным подъёмом ST.
д) =Специфичность ЭКГ повышается, если отмечается элевация сегмента ST в отведениях от V7 до V9.
- 69.** Инфаркт (ИМ) изредка может возникнуть при отсутствии атеросклеротического поражения коронарных артерий и может быть связан с:
а) = Резким спазмом коронарных артерий.
б) Наличием у пациента фарингита.
в) Наличием у пациента ожирения.
г) Наличием у пациента сахарного диабета.
- 70.** Инфаркт (ИМ) изредка может возникнуть при отсутствии атеросклеротического поражения коронарных артерий и может быть связан с:
а) Наличием нефрита.
б) =Аневризмой коронарной артерии.
в) Наличием диабета.
г) Наличием ожирения.
- 71.** Выберите ЭКГ критерии синусового ритма:
а) =Наличие положительного зубца Р перед каждым комплексом QRS, оценивается на протяжении всей ленты по II стандартному отведению.
б) Наличие отрицательного зубца Т после каждого комплекса QRS, оценивается на протяжении всей ленты по II стандартному отведению.
в) Одинаковый интервал R-R и разный интервал P-Q на протяжении всей ленты.
г) Интервалы R-R разные или отличаются более чем на 10-20%.
- 72.** Выберите ЭКГ критерии синусового ритма:
а) Наличие отрицательного зубца Т после каждого комплекса QRS, оценивается на протяжении всей ленты по II стандартному отведению.
б) =Одинаковые интервалы R-R и P-P на протяжении всей ленты.
в) Одинаковый интервал R-R и разный интервал P-Q на протяжении всей ленты.
г) Интервалы R-R разные или отличаются более чем на 10-20%.
- 73.** Для атриовентрикулярной(АВ) блокады характерно:
а) =Расширенный комплекс QRS (больше или ровно 0,12с).
б) Расщепленный или деформированный комплекс QRS.

- в) Вторичный зубец Р во II стандартном отведении.
- 74.** Выберите ЭКГ картину при синдроме Вольфа-Паркенсона-Уайта(WPW):
- а) Коарктация аорты.
 - б) =Уширение и деформация комплекса QRS.
 - в) Стеноз аорты.
- 75.** Выберите ЭКГ картину при синдроме Вольфа-Паркенсона-Уайта(WPW):
- а) =Наличие дельта волны и нарушение возбудимости.
 - б) Наличие f волн.
 - в) Подем сегмента ST.
- 76.** Выберите ЭКГ картину при синдроме Вольфа-Паркенсона-Уайта(WPW):
- а) =Укорочение интервала PQ (меньше 0,12с).
 - б) Широкий зазубренный зубец S в отведениях I и II.
 - в) Удлинение интервала PQ (больше 0,12с).
- 77.** Интервал QT отражает:
- а) Продолжительность систолы предсердий.
 - б) =Общую продолжительность систолы и диастолы желудочков.
 - в) Продолжительность диастолы предсердий.
 - г) Продолжительность общей паузы
- 78.** Какая причина способствует удлинению интервала QT
- а) =Ишемическая болезнь сердца (ИБС).
 - б) Энтерит.
 - в) Хронический гломерулонефрит.
 - г) Первичный гиперальдостеронизм.
- 79.** Для расчёта относительного, но не абсолютного значения интервала QT используется формула:
- а) Лапласа.
 - б) =Базетта.
 - в) Старра.
 - г) Эйнтховена.
 - д) Байеса.
- 80.** Причина укорочения интервала QT:
- а) =Дигиталисная интоксикация
 - б) Использование антацидов.
 - в) Группа препаратов НПВП или НПВС.
 - г) Пиелонефрит.
- 81.** Выберите характерный признаки на ЭКГ при синдроме Вольфа-Паркенсона-Уайта (WPW):
- а) Депрессия сегмента ST.
 - б) Элевация сегмента ST.
 - в) =Наличие дельта волн.
 - г) Наличие f волн.
- 82.** Выберите характерный признаки на ЭКГ при синдроме Вольфа-Паркенсона-Уайта (WPW):
- а) Расширение зубец S.
 - б) Укорочение комплекса QRS.
 - в) =Укорочение интервала PQ.
 - г) Удлинение интервала PQ,
- 83.** Синдром Вольфа-Паркенсона-Уайта (WPW) на ЭКГ можно разделить на несколько типов:
- а) 4 (A, B, C, D).
 - б) 3 (A, B, C).
 - в) =2 (A, B).

- 84.** При интрамуральном инфаркте миокарда (ИМ) зона некроза локализуется в:
- Перикарде.
 - Эпикарде.
 - Эндокарде.
 - =Миокарде.
- 85.** При субэпикардиальном инфаркте миокарда (ИМ) зона некроза локализуется в:
- Миокарде.
 - =Эпикарде.
 - Эндокарде.
 - Перикарде
- 86.** Некроз миокарда на ЭКГ характеризуется:
- Изменения зубца Р.
 - =Изменения комплекса QRS.
 - Изменения зубца R.
- 87.** Электроды для регистрации дополнительного отведения (V7-V9) устанавливают:
- В 4 межреберье.
 - В 2 межреберье.
 - =В 5 межреберье.
 - В 6 межреберье.
- 88.** Ишемическое или гипоксическое повреждение миокарда на ЭКГ характеризуется:
- Формированием комплекса QRS.
 - Деформацией зубца Т.
 - Изменением интервала PQ.
 - =Изменением сегмента ST.
 - Расщеплением Р.
 - Удлинением интервала QT.
- 89.** Какой механизм представляет собой важнейшее звено противоопухолевого иммунитета:
- Нейтрофилы.
 - =Натуральные киллеры.
 - В-лимфоциты.
 - Система комплемента.
- 90.** Укажите механизмы уничтожения опухолевых клеток натуральными киллерами:
- Фагоцитоз.
 - =Индукция апоптоза.
 - Активация комплемента.
 - Стимуляция открытия кальциевых каналов плазмалеммы.
- 91.** Для доброкачественных опухолей характерно следующее:
- =Высокая степень дифференцировки.
 - Инвазивный рост.
 - Метастазирование.
 - Системное действие на организм.
- 92.** Для злокачественных опухолей характерно следующее:
- Медленный рост.
 - Высокая степень дифференцировки.
 - Хорошее отграничение от окружающих тканей.
 - =Метастазирование.
- 93.** Какие эндогенные вещества могут оказывать канцерогенное действие:

- а) =Эстрадиол.
- б) Билирубин.
- в) Инсулин.
- г) Фосфолипиды.

94. Какие метаболические изменения не характерны для опухолевой клетки:

- а) Увеличение захвата глюкозы.
- б) =Увеличение числа митохондрий.
- в) Нарушение транспорта пирувата в митохондриях.
- г) Накопление лактата.
- д) Дефекты ферментов цикла Кребса.

95. Выберите вирус, для которого доказано наличие канцерогенной активности:

- а) =Вирус гепатита В.
- б) Вирус кори.
- в) Вирус гепатита А.
- г) Вирус полиомиелита.

96. Развитие гипонатриемии при паранеопластическом синдроме связано с продукцией:

- а) Гормона роста.
- б) =Антидиуретического гормона.
- в) Катехоламинов.
- г) Альдостерона.
- д) Эстрогенов.

97. Выберите основные механизмы развития раковой кахексии:

- а) Увеличенный уровень провоспалительных цитокинов.
- б) Угнетение аппетита, уменьшение потребления пищи.
- в) Повышенное потребление субстратов опухолевой тканью
- г) = Увеличенный уровень провоспалительных цитокинов; Угнетение аппетита, уменьшение потребления пищи; Повышенное потребление субстратов опухолевой тканью

98. Укажите свойство опухолевых стволовых клеток:

- а) =Неограниченный пролиферативный потенциал.
- б) Формируют до 95% популяции клеток опухоли.
- в) Высокая чувствительность к химиотерапии.
- г) Высокая чувствительность к лучевой терапии.

99. Какой вариант метастатической ниши обеспечивает первичную поддержку опухолевых клеток в момент их выхода из сосуда:

- а) Пре-метастатическая ниша.
- б) =Периваскулярная ниша.
- в) Нативная ниша резидентных стволовых клеток.
- г) Ситуативная (ad hoc) ниша.

100. Какой циркулирующий биомаркер является специфичным для гепатоцеллюлярной карциномы:

- а) Раково-эмбриональный антиген.
- б) =Альфа-фетопротеин.
- в) Фрагмент цитокератина 19.
- г) Простатспецифический антиген.
- д) Рецептор фолиевой кислоты-1.

101. Выберите фактор, способствующий канцерогенезу при хроническом воспалении:

- а) =Локальное повышение концентрации факторов роста, цитокинов и хемокинов.
- б) Высвобождение протеолитических ферментов из гранул нейтрофилов.
- в) Повреждение клеток ткани в результате антитело-зависимой клеточной цитотоксичности.
- г) Индукция апоптоза клеток ткани за счет взаимодействия FasR-FasL.

- 102.** Дисфункция какого антионкогена приводит к нарушению эпителиальной динамики в криптах толстой кишки:
- а) Rb-1.
 - б) =APC.
 - в) BRCA-2.
 - г) p53.
 - д) DCC.
- 103.** Какой из эпигеномных процессов наиболее часто приводит к уменьшению экспрессии антионкогенов:
- а) Гипометилирование остатков цитозина.
 - б) Ацетилирование гистонов.
 - в) Мутации митохондриальной ДНК.
 - г) =Гиперметилирование промоторных областей.
 - д) Метилирование гистонов.
- 104.** Какой из перечисленных процессов относится к эпигеномным:
- а) Однонуклеотидная замена в ДНК.
 - б) Образование химерного гена в результате транслокации хромосом.
 - в) Интеркаляция ДНК.
 - г) Выпадение участка ДНК при репликации.
 - д) =Гипометилирование остатков цитозина.
- 105.** Выберите механизмы опухоль-индуцированной иммуносупрессии:
- а) Нарушение ранних этапов созревания В-клеток.
 - б) =Индукция апоптоза Т-клеток путем экспрессии Fas-лиганда.
 - в) Образование антиидиотипических (блокирующих) антител.
 - г) Усиление образования Th17 под действием цитокинов из антиген-презентирующих клеток.
- 106.** Какие структурные и функциональные особенности присущи микрососудам злокачественной опухоли:
- а) Извитой характер.
 - б) Вариабельность диаметра.
 - в) Дефекты базальной мембраны.
 - г) Включение опухолевых клеток в структуру сосудистой стенки.
 - д) = Извитой характер; Вариабельность диаметра; Дефекты базальной мембраны; Включение опухолевых клеток в структуру сосудистой стенки
- 107.** Какой из факторов, влияющих на опухолевый ангиогенез, обеспечивает деградацию матрикса:
- а) Сосудистый эндотелиальный фактор роста (VEGF).
 - б) =Матриксная металлопротеиназа-2.
 - в) Ангиопоэтин 2 (Ang2).
 - г) Фактор роста фибробластов (FGF)
 - д) Интерлейкин-8.
- 108.** В каком органе наиболее часто формируются гематогенные метастазы при колоректальном раке:
- а) Легкое.
 - б) =Печень.
 - в) Головной мозг.
 - г) Костная ткань.
 - д) Брюшина.
- 109.** В каком органе наиболее часто формируются гематогенные метастазы при раке предстательной железы:
- а) Легкое.
 - б) Печень.

- в) Головной мозг.
 - г) =Костная ткань.
 - д) Брюшина.
- 110.** Какой онкогенный вирус является РНК-содержащим:
- а) Вирус гепатита В.
 - б) =Вирус гепатита С.
 - в) Вирус Эпштейна-Барр.
 - г) Вирус папилломы человека.
- 111.** Какие клетки обеспечивают «экранирование» опухолевых клеток и их кластеров в кровотоке:
- а) Нейтрофилы.
 - б) =Тромбоциты.
 - в) Эритроциты.
 - г) Эндотелиоциты.
 - д) Моноциты.
- 112.** Какая из стадий гематогенного метастазирования является самой неэффективной с точки зрения сохранения опухолевых клеток:
- а) Циркуляция в кровотоке.
 - б) =Формирование макрометастазов.
 - в) Экстравазация и формирование микрометастазов.
- 113.** Какой онкогенный вирус обеспечивает онкогенную трансформацию клетки за счет интеграции вирусной ДНК в геном клетки-хозяина и экспрессии вирусных онкобелков Е6 и Е7:
- а) Вирус гепатита В.
 - б) Вирус гепатита С.
 - в) Вирус Эпштейна-Барр.
 - г) =Вирус папилломы человека.
 - д) Т-лимфотропный вирус человека.
- 114.** Какой циркулирующий биомаркер является специфичным для рака предстательной железы:
- а) Раково-эмбриональный антиген.
 - б) Альфа-фетопротеин.
 - в) Фрагмент цитокератина 19.
 - г) =Простатспецифический антиген.
 - д) Рецептор фолиевой кислоты-1.
- 115.** 115) Гематогенные метастазы при раке молочной железы наиболее часто возникают в следующих органах:
- а) =Легкие.
 - б) Печень.
 - в) Головной мозг.
 - г) Брюшина.
- 116.** При какой локализации рака формирование сайт-специфических метастазов объясняется преимущественно анатомическими особенностями кровотока:
- а) =Колоректальный рак.
 - б) Рак молочной железы.
 - в) Рак предстательной железы.
 - г) Немелкоклеточный рак легкого.
 - д) Саркома Юинга.
- 117.** Направленная доставка цитостатиков дает следующие преимущества:
- а) =Уменьшение побочных эффектов.
 - б) Редукцию кровотока в опухоли.
 - в) Более интенсивный иммунный ответ против опухоли.

- г) Возврат клеток опухоли в дифференцированное состояние.
- 118.** Стадия инициации канцерогенеза заключается в:
- а) Качественных изменениях свойств опухолевых клеток в сторону малигнизации.
 - б) Появлении более злокачественного клона клеток.
 - в) Трансформации нормальной клетки в опухолевую.
 - г) Активации механизмов антибластомной резистентности организма.
- 119.** К какой из четырех групп онкогенов относится RAS онкоген:
- а) Факторы роста.
 - б) Рецепторы к факторам роста.
 - в) Внутриклеточная передача сигнала.
 - г) Гены раннего ответа (транскрипционные факторы).
- 120.** К какой из четырех групп онкогенов относится c-myc онкоген:
- а) Рецепторы к факторам роста.
 - б) Внутриклеточная передача сигнала.
 - в) Гены раннего ответа (транскрипционные факторы).
 - г) Факторы роста.
- 121.** Повреждение каких генов значимо для формирования бессмертия опухолевых клеток:
- а) Генов, кодирующих факторы роста.
 - б) Генов, кодирующих рецепторы к факторам роста.
 - в) Генов-регуляторов тирозинкиназной активности.
 - г) Генов-индукторов апоптоза.
- 122.** Какая группа химических канцерогенов демонстрирует самую высокую канцерогенную активность:
- а) Соли тяжелых металлов.
 - б) Нитрозосоединения.
 - в) Цитостатики – алкилирующие агенты.
 - г) Полициклические ароматические углеводороды.
- 123.** Какой антионкоген обеспечивает репарацию двойных разрывов в ДНК:
- а) BRCA1.
 - б) DCC.
 - в) APC.
 - г) Rb1.
- 124.** Какое из перечисленных проявлений относится к местному действию опухоли на организм:
- а) Раковая cachexia.
 - б) Болевой синдром.
 - в) Анемия.
 - г) Дерматомиозит.
 - д) Миастения.
- 125.** Какое из перечисленных проявлений относится к общему действию опухоли на организм:
- а) Кишечная непроходимость.
 - б) Болевой синдром.
 - в) Анемия.
 - г) Дыхательная недостаточность.

Эталоны правильных ответов на тестовые задания Раздел 1. Патологическая анатомия

1) г	5) г	9) г	13) г	17) г	21) д	25) г	29) г
2) г	6) г	10) д	14) д	18) г	22) г	26) д	30) г
3) д	7) г	11) г	15) д	19) г	23) а	27) д	31) г
4) г	8) д	12) г	16) д	20) г	24) г	28) д	32) г

Эталоны правильных ответов на тестовые задания Раздел 2. Патологическая физиология

1) б	2) г	3) а	4) а	5) в	6) б	7) г	8) в
9) в	10) в	11) в	12) а	13) б	14) г	15) в	16) б
17) в	18) г	19) а	20) г	21) а	22) г	23) а	24) а
25) г	26) а	27) а	28) б	29) б	30) г	31) з	32) б
33) в	34) г	35) б	36) г	37) б	38) а	39) б	40) г
41) в	42) г	43) д	44) б	45) в	46) а	47) г	48) б
49) в	50) д	51) д	52) г	53) б	54) б	55) в	56) в
57) б	58) г	59) г	60) г	61) д	62) а	63) д	64) а
65) г	66) в	67) г	68) д	69) а	70) б	71) а	72) б
73) а	74) б	75) г	76) а	77) б	78) а	79) б	80) а
81) в	82) в	83) в	84) г	85) б	86) б	87) в	88) г
89) б	90) б	91) а	92) г	93) а	94) б	95) а	96) б
97) г	98) а	99) б	100) б	101) а	102) б	103) г	104) д
105) б	106) д	107) б	108) б	109) г	110) б	111) б	112) б
113) г	114) г	115) а	116) а	117) а	118) в	119) в	120) в
121) г	122) г	123) а	124) б	125) в	-	-	-

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Патология»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция – в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно

излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;

- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.

- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;

- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);

- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловые вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемым, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и

исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию, формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как

теоретика и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы».

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность «среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать

ряд особенных, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять,

на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции, следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общезакономерность и на ее основе подлежат анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде

конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разногорода тезисными записями и планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучаемых.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

- рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;

- методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

- Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

- заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;

- досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;

- самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, состязательности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой

обучающимся к данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общих и профессиональных компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

- репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

- активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

- интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутриспредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

- разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

- максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

- использование бланков документов, инструктивных материалов;

- наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

- чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);

- составление плана текста;

- графическое изображение структуры текста;

- составление электронной презентации;

- конспектирование текста;

- подготовка выписок из текста;

- работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;

- научно-исследовательская работа;

- использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

- работа с конспектом лекций;

- работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);

- составление плана и тезисов ответа;

- составление таблиц для систематизации учебного материала;

- изучение нормативных материалов;

- ответы на контрольные вопросы;

- аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);

- заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;

- подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;

- подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;

- составление резюме;

- написание истории болезни;

- составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

- решение задач и упражнений по образцу;

- решение вариативных задач и упражнений;

- отработка манипуляций;

- выполнение расчетно-графических работ;

- решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;
- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовок каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

3. Составление конспектов

Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

- плановый. При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.
- тематический конспект, является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.
- текстуальный конспект, представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.
- свободный конспект, включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;
2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;
3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;
4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

- композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;
- отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;
- язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;
- аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.
2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата (читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, познакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

1) по полноте изложения:

- информативные (рефераты-конспекты);
- индикативные (рефераты-резюме);

2) по количеству реферируемых источников:

- монографические;
- обзорные;

3) по читательскому назначению:

- общие;
- ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;
- специализированные;
- ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.
2. Содержание.
3. Введение.
4. Основная часть.
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, курация больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начало до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;
- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздкие, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишённого эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределённо-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылкам на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объём заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объём работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объём могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объём не включаются.*

Цвет шрифта – чёрный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, чёрного цвета, одинаковым по всему объёму текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нём не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела, разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела, 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается:**

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак «Ø» для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например > (больше), < (меньше), = (равно), ≤ (меньше или равно), ≥ (больше или равно), ≠ (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставиться неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не умещается в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;
- перед скобками и после них: (a+b)(d+c);

Косой крест (x) в качестве знака умножения ставиться:

- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1). Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзацного отступа.

Например:

$$W=wgkc, \quad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;

k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;

c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;

– цитирование должно быть полным, без искажения смысла;

– пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

– Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);

– указы Президента РФ (в той же последовательности);

– постановления Правительства РФ (в той же очередности);

– иные нормативные правовые акты;

– иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);

– монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);

– иностранная литература;

– интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с

новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

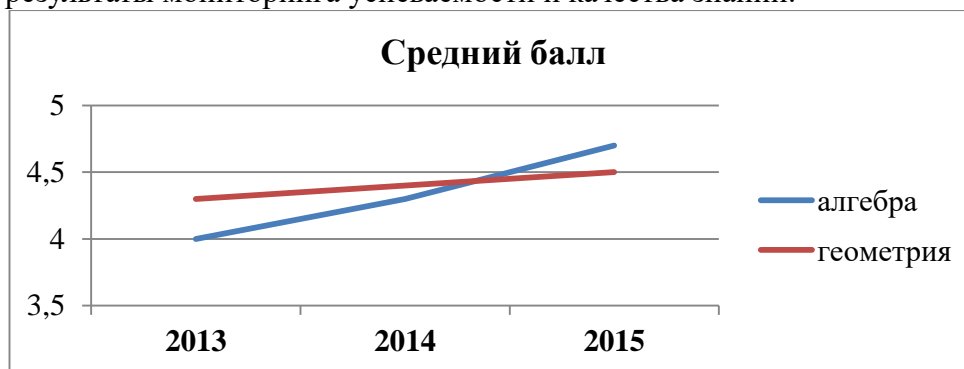


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеолярную группы пучков волокон (Рис. 5).

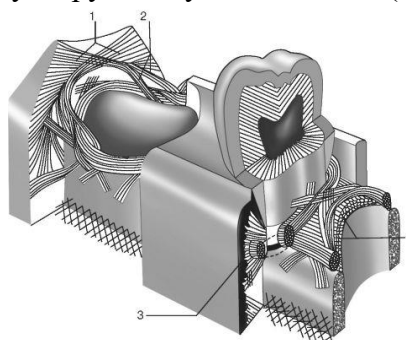


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование направленности)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра инфекционных болезней (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1
Занятия лекционного типа	8 час.
Занятия семинарского типа	16 час.
Всего аудиторной работы	24 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	48 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/2 (час. /зач. ед.)

Рабочая программа дисциплины «Социально значимые инфекции» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 99 от 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Гусев Денис Александрович	д.м.н. профессор	Заведующий кафедрой инфекционных болезней	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Бузунова Светлана Анатольевна	-	Заведующий учебной частью кафедры инфекционных болезней	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа дисциплины «Социально значимые инфекции» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры инфекционных болезней.

Рабочая программа дисциплины «Социально значимые инфекции» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Инфекционный процесс – один из самых сложных биологических процессов в природе, сопровождает человечество на протяжении всего периода существования, периодически принимая характер эпидемий и пандемий и нанося колоссальный экономический ущерб. В наше время, характеризующееся появлением новых эпидемий и изменением распространения ранее обнаруженных вирусных и бактериальных заболеваний, существует необходимость углубленного изучения социально-значимых инфекционных болезней для врачей всех специальностей.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: формирование у клинических ординаторов углубленных профессиональных знаний в области инфекционных болезней, изучение теоретических и методологических основ специальности, широкой фундаментальной подготовки в современных направлениях медицины.

Задачи изучения дисциплины:

1. Углубленное изучение этиологии, патогенеза, патоморфологии, клинических форм и вариантов течения инфекционных болезней;
2. Изучение современных методов диагностики инфекционных болезней;
3. Освоение современных принципов и методов лечения инфекционных больных; профилактики инфекционных заболеваний.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Социально значимые инфекции» относится к обязательной части Блока1 «Дисциплины (модули)» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами учебного плана основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Дисциплина обеспечивает изучение последующих дисциплин учебного плана: «Оториноларингология», «Клиническая практика».

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Наименование категории компетенций	Код и наименование компетенции	Индикаторы	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Знает: - виды основных информационных источников, нормативных правовых документов в области достижений медицины и фармации в области инфекционных болезней; - основные методы критического анализа; - методологию системного подхода к диагностике и лечению социально-значимых заболеваний.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
		УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	Знает: - методы и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте применительно к диагностике и лечению социально-значимых заболеваний	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
		УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Умеет: - осуществлять поиск и анализировать содержание нормативных правовых документов с целью решения профессиональных задач; - производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1. Определяет проблемы проекта и возможные риски.	Знает: - проблемы, для решения которых планируется создание проектов области защиты от социально-значимых инфекций; - возможные риски, препятствующие достижению результатов проекта.	Для текущего контроля: КВ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
		УК-2.2. Разрабатывает проект в области медицины и здравоохранения и определять критерии его эффективности.	Умеет:	Для текущего контроля: КВ, СЗ Для промежуточной аттестации:

			- разрабатывать концепцию проекта борьбы с инфекционными болезнями формулировать цель, задачи и ожидаемые результаты.	КВ, СЗ
		УК-2.3. Участвует в реализации проекта, проводит контроль этапов и оценку результатов проекта.	Умеет: - составлять и реализовывать план-контроль реализации проекта.	Для текущего контроля: КВ, СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1. Разрабатывает командную стратегию, организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели	Знает: - знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи при социально-значимых заболеваниях и методы руководства работой команды медицинского персонала.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
		УК-3.2. Мотивирует и оценивает вклад каждого члена команды в результате коллективной деятельности, организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды.	Знает: - методы мотивирования и оценивания вклада каждого члена команды при решении конкретных задач защиты населения от социально-значимых инфекций	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
		УК-3.3. Использует знания основ конфликтологии при разрешении конфликтов внутри команды и разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон	Умеет: - применять методы психологии в критических ситуациях распространения инфекционных болезней или конфликтных условиях общения	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, -тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, Д-устный доклад, Р- реферат, П-презентация и др.*

ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Категория общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны	ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику	Знает: - Основные методы пропаганды здорового образа жизни и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: П

	здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни	- Принципы организации санитарно-просветительной работы и гигиенического воспитания, информирование населения о современных средствах профилактики социально-значимых заболеваний	
		ОПК-2.2. Способен планировать организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья.	Знает: - Принципы формирования программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ Умеет: - Организовывать проведение разъяснительной работы с контактными лицами пациентов с социально-значимыми заболеваниями и (или) состояниями	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: Д
		ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	Умеет: - Оценивать эффективность качества оказания медицинской помощи с населением и пациентами с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на основе обработки основных медико-статистических показателей.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: П, Д
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов с инфекционным заболеванием	ОПК-4.1. Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента	Умеет: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями	Для текущего контроля: КВ, СЗ, Р Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
		ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	Умеет: - Проводить физикальное исследование пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	Для текущего контроля: КВ, СЗ, Р Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
		ОПК-4.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения)	Умеет: Обоснование и постановка диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)	Для текущего контроля: КВ, СЗ, Р Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Область Сфера профессиональной деятельности	Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
- в сфере научных исследований	Деятельность в сфере информационных технологий	ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	ПК-2.2. Проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	<p>Умеет</p> <ul style="list-style-type: none"> - Проводить анализ показателей инфекционной заболеваемости, инвалидности и смертности в медицинской организации и среди населения - Использовать медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" - Вести медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа 	<p>Для текущего контроля: КВ</p> <p>Для промежуточной аттестации: КВ</p>

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы*

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	24	24
Из них:		
Занятия лекционного типа	8	8
Занятия семинарского типа	16	16
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	48	48
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	72	72
часы	2	2
зач. ед.		
Из них на практическую подготовку	19	19

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Раздел 1. Современное понятие социально значимых инфекций	2	-	6	8	0
Раздел 2. Вирусные гепатиты: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов	-	4	10	14	30%
Раздел 3. Коронавирусная инфекция: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы	2	4	10	16	30%
Раздел 4. ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, клиническая классификация. Основные принципы терапии больных с ВИЧ-инфекцией	-	4	10	14	30%
Раздел 5. Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями	2	4	6	12	30%
Раздел 6. Профилактика социально-значимых заболеваний среди населения	2	-	6	8	30%
Всего в час.	8	16	48	72	19

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 30% от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и занятий самостоятельной работы.

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля **
Курс 1							
1	Раздел 1. Современное понятие социально значимых инфекций	2	0	1.Понятие социально значимых инфекций 2.Социально-значимые инфекции, передающиеся воздушно-капельным путем (туберкулез, новая коронавирусная инфекция) 3.Социально-значимые инфекции, передающиеся парентеральным путем (парентеральные гепатиты, ВИЧ-инфекция)	УК-1.1 УК-1.3	мультимедийная аппаратура, видеоаппаратура	КВ
2	Раздел 3. Коронавирусная инфекция	2	0	Краткое содержание темы: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы	УК-1.2	мультимедийная аппаратура, видеоаппаратура	КВ
3	Раздел 5. Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями	2	0	1.Определение профессиональных рисков при работе с социально-значимыми заболеваниями 2.Предотвращение профессиональных рисков при работе с социально-значимыми заболеваниями: специфическая профилактика, неспецифическая профилактика. 3.Мероприятия по предупреждению распространения социально-значимого заболевания в медицинской организации	ОПК-2.1	мультимедийная аппаратура, видеоаппаратура	КВ
4	Раздел 6. Профилактика социально-значимых заболеваний среди населения	2	0	1.Специфическая профилактика социально-значимых заболеваний среди населения 2.Неспецифическая профилактика социально-значимых заболеваний среди населения 3.Мероприятия по предупреждению распространения социально-значимых заболеваний среди населения	ОПК-2.2	мультимедийная аппаратура, видеоаппаратура	КВ
Всего		8	0				

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, Р- реферат, П-презентация.

4.4 Тематический план занятий семинарского типа - практические занятия

№ раздела	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля **
Курс 1							
Раздел 2	Семинар	Вирусные гепатиты:	4	30%	Этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3	КВ, СЗ
Раздел 3	Семинар	Коронавирусная инфекция	4	30%	Этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3	КВ, СЗ
Раздел 4	Семинар	ВИЧ-инфекция	4	30%	ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, клиническая классификация. Основные принципы терапии больных с ВИЧ-инфекцией	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3	КВ, СЗ
Раздел 5	Семинар	Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями	4	30%	1.Определение профессиональных рисков при работе с социально-значимыми заболеваниями 2.Предотвращение профессиональных рисков при работе с социально-значимыми заболеваниями: специфическая профилактика, неспецифическая профилактика. 3.Мероприятия по предупреждению распространения социально-значимого заболевания в медицинской организации	УК-2.1 УК-2.2 УК-2.3	КВ, СЗ
Всего в час.			16	5			

* *Формы проведения занятий семинарского типа: семинар*

** *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, СЗ-ситуационные задачи*

4.5 Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Кол-во часов	из них на ПП	Содержание самостоятельной работы	Перечень индикаторов достижения компетенций	Оценочные средства* для текущего контроля
1	Раздел 1. Современное понятие социально значимых инфекций	6	0	1.Социально-значимые инфекции, передающиеся воздушно-капельным путем (туберкулез, новая коронавирусная инфекция) 2.Социально-значимые инфекции, передающиеся парентеральным путем (парентеральные гепатиты, ВИЧ-инфекция)	УК-1.1 УК-1.3	КВ
2	Раздел 2. Вирусные гепатиты: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов	10	30%	Этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3	КВ, Р
3	Раздел 3. Коронавирусная инфекция: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы	10	30%	Этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3	КВ, Р
4	Раздел 4. ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, клиническая классификация. Основные принципы терапии больных с ВИЧ-инфекцией	10	30%	ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, клиническая классификация. Основные принципы терапии больных с ВИЧ-инфекцией	ОПК-4.1 ОПК-4.2 ОПК-4.3	КВ, Р
5	Раздел 5. Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями	6	30%	1.Определение профессиональных рисков при работе с социально-значимыми заболеваниями 2.Предотвращение профессиональных рисков при работе с социально-значимыми заболеваниями: специфическая профилактика, неспецифическая профилактика. 3.Мероприятия по предупреждению распространения социально-значимого заболевания в медицинской организации	ОПК-2.1	КВ, П
6	Раздел 6. Профилактика социально-значимых заболеваний среди населения	6	30%	1.Специфическая профилактика социально-значимых заболеваний среди населения 2.Неспецифическая профилактика социально-значимых заболеваний среди населения 3.Мероприятия по предупреждению распространения социально-значимых заболеваний среди населения	ОПК-2.2	КВ, Д
Всего в час.		48	14			

****Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, Д – доклад, Р – реферат, П - презентация

Примерная тематика рефератов:

1. ВИЧ-инфекция: этиология и патогенез заболевания.
2. Современные подходы к терапии ВИЧ-инфекции.
3. Поражение нервной системы при инфекционных заболеваниях.
4. Вирусные гепатиты А и Е: патогенез, диагностика, лечение.
5. Инфекционные заболевания с поражением сердечно-сосудистой системы: принципы дифференциальной диагностики.
6. Современные подходы к диагностике и лечению диареи путешественников.
7. Неотложные состояния при инфекционных заболеваниях.
8. Инфекционно-токсический шок: патогенез, клиника, лечение.

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии группового обучения

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ**5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:**

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств	
		КВ	СЗ
Текущий контроль	Раздел 1. Современное понятие социально значимых инфекций	3	-
	Раздел 2. Вирусные гепатиты: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов	9	2
	Раздел 3. Коронавирусная инфекция: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы	18	
	Раздел 4. ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, клиническая классификация. Основные принципы терапии больных с ВИЧ-инфекцией	10	
	Раздел 5. Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями	21	
	Раздел 6. Профилактика социально-значимых заболеваний среди населения	21	
ИТОГО		82	2

КВ – контрольные вопросы, СЗ- ситуационные задачи, Д (доклады), П-презентация

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

«Не зачтено» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает фрагментарные знания.

«Зачтено» - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

Критерии оценивания при решении ситуационных задач:

«Не зачтено» - ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие

вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.

«Зачтено» - ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	КВ
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	КВ, СЗ учёт Р
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	КВ
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	КВ, учёт Д, П
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов с инфекционным заболеванием	КВ, СЗ
ПК-2.2. Проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	КВ

КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи, Д – доклады, Р-реферат, П -презентация

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Зачет состоит из контрольных вопросов по всем разделам программы и решения ситуационной задачи. Критерии оценки качества знаний ординаторов: зачет при 70% правильных ответов, решена ситуационная задача. Незачет – ординатор демонстрирует фрагментарные знания, нет целостного представления ни по одному из заданных вопросов, не решена ситуационная задача.

Примеры типовых оценочных средств для проверки формирования компетенций:

Типовые контрольные вопросы (УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-4,)

1. Этиология вирусных гепатитов;
2. Клиническая классификация острых вирусных гепатитов (формы, степень тяжести, характер течения);
3. Клиника начального (преджелтушного) периода острых вирусных гепатитов;
4. Лабораторные исследования, которые можно выполнить в целях ранней диагностики вирусного гепатита;
5. Клинико-лабораторные и вирусологические исследования необходимые для диагностики острых вирусных гепатитов А, В, С, D, E;
6. Роль эпидемиологических предпосылок в диагностике вирусных гепатитов;

7. Функции печени, клиническое значение нарушений пигментного обмена, метаболизма белка, состояния гемостаза;
8. Наиболее характерные функциональные и морфологические изменения печени у больного тяжелой формой острого вирусного гепатита;
9. Изменения психики, характеризующие крайне тяжелое состояние больных острым вирусным гепатитом;
10. Клинические признаки, прогнозирующие острую печеночную недостаточность;
11. Лабораторные показатели, применяемые для оценки тяжести состояния больных и прогноза развития острой печеночной недостаточности;
12. Клинико-лабораторная оценка степени тяжести острых вирусных гепатитов;
13. Естественное течение и патогенез вирусных гепатитов А, Е, В, С, D, предпосылки к формированию хронического течения;
14. Заместительная и патогенетическая терапия острых вирусных гепатитов;
15. Показания и противопоказания для назначения больным острыми гепатитами глюкокортикоидов;
16. Показания к этиотропной (противовирусной) терапии больных острыми;
17. Клинико-лабораторные и функциональные показатели, применяемые для оценки полноты выздоровления от острого вирусного гепатита.

Типовые ситуационные задачи (УК-2, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

ЗАДАЧА №1

Военнослужащий по контракту старший сержант Г. заболел накануне вечером, когда появились разлитые боли в животе, которые постепенно локализовались в правой подвздошной области. За сутки отмечался трехкратный жидкий стул, утром заметил изменение цвета мочи («потемнение»).

Состояние удовлетворительное. Температура тела 38,7°C. Кожа обычной окраски, на туловище и конечностях – обильная мелкопятнистая и точечная сыпь со сгущением в подмышечных впадинах и около лучезапястных суставов, кисти рук и стоп гиперемированы. В ротоглотке умеренная диффузная гиперемия. Пульс ритмичный, 88 в 1 минуту. Тоны сердца чистые, звучные. Границы сердца в пределах нормы. АД 115/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, 20 в 1 минуту. Язык суховат, обложен белым налетом с отпечатками зубов по краям. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный в илеоцекальной области; здесь же определяется грубое урчание. Нижний край печени пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, мягкий, эластичный, чувствительный. Размеры печени по Курлову 12х10х8 см. Селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный без патологических примесей. Моча светло-коричневого цвета. Диурез достаточный.

Определите:

- 1) предварительный клинический диагноз болезни;
- 2) перечень заболеваний, требующих проведения дифференциальной диагностики;
- 3) объем и содержание лечебной помощи в медицинском пункте, части и госпитале;
- 4) особенности эвакуации в ВМО;
- 5) диспансерное динамическое наблюдение.

ЗАДАЧА №2

Во время амбулаторного приема военнослужащий по призыву рядовой Б. обратился с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, тошноту, чувство тяжести и боль в правом подреберье. В течение 2-х последних дней отметил у себя потемнение мочи (цвета «заваренного чая»).

Около 2-х недель назад во время совершения марш-броска по пересеченной местности во время короткого привала пил воду из открытого водоемчика. Рядом находилось поле со стогами сена.

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 39,8°C. Склеры субиктеричные. Кожа незначительной желтушной окраски, на туловище и конечностях мелкопятнистая и точечная сыпь. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Пульс 98 в 1 минуту, ритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Над легкими перкуторно определяется ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в илеоцекальной области и правом подреберье. Размеры печени по Курлову 13x9x7 см. Пальпируется селезенка. Моча коричневой окраски. Кал жидкий без патологических примесей до 5 раз за сутки.

Определите:

- 1) предварительный клинический диагноз заболевания;
- 2) перечень возможных осложнений;
- 3) заболевания требующие проведения дифференциальной диагностики;
- 4) перечень лабораторных исследований в условиях части и военного госпиталя для подтверждения диагноза;
- 5) объем медицинской помощи на догоспитальном этапе и в условиях инфекционного отделения госпиталя.

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложении № 1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ

«Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU»

(www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)
ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)
ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)
Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)
Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex
(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru>)
Мультимедийный словарь перевода слов онлайн МультиТран (<http://www.multitrans.ru/>)
Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)
Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)
Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)
Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)
Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)
US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)
Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)
Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)
КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)
Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

6.2 Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины

Основная литература:

1. Инфекционные болезни. Национальное руководство. Краткое издание / под ред. Н. Д. Ющука, Ю. Я. Венгерова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465196.html>
2. ВИЧ-инфекция и СПИД / под ред. Покровского В. В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454213.html>
3. Руководство по эпидемиологии инфекционных болезней [в 2 т.]. / Н.И. Брико, Г.Г. Онищенко, В.И. Покровский. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст: электронный // URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/32980>
4. Инфекции, передаваемые половым путем / Кисина В. И., Гущин А. Е., Забиров К. И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453322.html>
5. Эпидемиология и вакцинопрофилактика гриппа в условиях COVID-19: учебное пособие / М. П. Костинов, Е. Г. Симонова, Н. Н. Филатов. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459874.html>
6. Общая эпидемиология: Курс лекций / Е.Д. Савилов. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/37140>

Дополнительная литература:

1. Экономика, организация и управление государственной санитарно-эпидемиологической службой: учебное пособие / О. В. Митрохин. - М.: ГЭОТАР-

- Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464915.html>
2. Вакцинопрофилактика работающего населения: Руководство для врачей /Под ред. И.В. Бухтиярова, Н.И. Брико. - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст: электронный // URL:<https://www.medlib.ru/library/library/books/37109>
 3. Туберкулез и ВИЧ-инфекция у взрослых / В. Н. Зимина, А. В. Кравченко, И. Б. Викторова, В. А. Кошечкин. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458242.html>
 4. Клиническая вакцинология / О. В. Шамшева, В. Ф. Учайкин, Н. В. Медуницын — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434642.html>
 5. Лекции по инфекционным болезням. Том 1. / Н. Д. Ющук, Ю. Я. Венгеров — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436998.html>
 6. Лекции по инфекционным болезням Т. 2 / Ющук Н. Д., Венгеров Ю. Я. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437001.html>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по дисциплине «Социально значимые инфекции» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Социально значимые инфекции» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Социально значимые инфекции» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Помещение для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования – укомплектовано специализированной мебелью для хранения оборудования и техническими средствами для его обслуживания. Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы специалитета.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Социально значимые инфекции» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях.

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ»

Специальность ординатуры	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	Врач-отоларинголог
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**
по дисциплине «СОЦИАЛЬНО ЗНАЧИМЫЕ ИНФЕКЦИИ»

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Современное понятие социально значимых инфекций	УК-1.1, УК-1.3	КВ
Раздел 2. Вирусные гепатиты: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов	ПК-2.2, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3	КВ,СЗ
Раздел 3. Коронавирусная инфекция: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы	ПК-2.2, УК-1.2, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3	КВ,СЗ
Раздел 4. ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, клиническая классификация. Основные принципы терапии больных с ВИЧ-инфекцией	ПК-2.2, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3	КВ,СЗ
Раздел 5. Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями	УК-2.1, УК-2.2, УК-2.3, ОПК-2.1	КВ, Д
Раздел 6. Профилактика социально-значимых заболеваний среди населения	УК-3., ОПК-2.2, ОПК-2.3	КВ, Д

**Оценочные средства:* КВ-контрольные вопросы, СЗ-ситуационные задачи, Д-устный доклад, Р- реферат, П-презентация и др.

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции или отрабатываются индикаторы компетенций:

Универсальные компетенции:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

Общепрофессиональные компетенции:

ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов с инфекционным заболеванием

Профессиональные компетенции:

ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальные компетенции

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.1. Анализирует и критически оценивает	Знает: - виды основных информационных	Правильность и	Для текущего контроля: КВ

достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	источников, нормативных правовых документов в области достижений медицины и фармации в области инфекционных болезней; основные методы критического анализа; - методологию системного подхода к диагностике и лечению социально-значимых заболеваний.	полнота ответа	из раздела № 1, 3 Для промежуточной аттестации: КВ
УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	Знает: - методы и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте применительно к диагностике и лечению социально-значимых заболеваний	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из раздела № 2 Для промежуточной аттестации: КВ
УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Умеет: - осуществлять поиск и анализировать содержание нормативных правовых документов с целью решения профессиональных задач; - производить анализ явлений и обрабатывать полученные результаты	Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из раздела № 1, 3 Для промежуточной аттестации: КВ
УК-2.1. Способен определить проблемы проекта и минимизировать возможные риски.	Знает: - проблемы, для решения которых планируется создание проектов области защиты от социально-значимых инфекций; - возможные риски, препятствующие достижению результатов проекта.	Соблюдение алгоритма Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из раздела № 5; СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
УК-2.2. Способен разрабатывать проект в области медицины и здравоохранения и определять критерии его эффективности.	Умеет: - разрабатывать концепцию проекта борьбы с инфекционными болезнями формулировать цель, задачи и ожидаемые результаты.	Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из раздела № 5; СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
УК-2.3. Способен проводить контроль этапов и оценку результатов проекта.	Умеет: - составлять и реализовывать план-контроль реализации проекта.	Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из раздела № 5; СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
УК-3.1. Разбирается в принципах организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Знает: - знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи при социально-значимых заболеваниях и методы руководства работой команды медицинского персонала.	Соблюдение алгоритма	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
УК-3.2. Способен мотивировать и оценивать	Знает: - методы мотивирования и оценивания вклада каждого члена команды при решении	Соблюдение технологии Соответствие	Для текущего контроля: КВ Для

вклад каждого члена команды в результат е коллективной деятельности, организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды.	конкретных задач защиты населения от социально-значимых инфекций	правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	промежуточной аттестации: КВ
УК-3.3. Использует знания основ конфликтологии при разрешении конфликтов внутри команды и разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон	Умеет: - применять методы психологии в критических ситуациях распространения инфекционных болезней или конфликтных условиях общения	Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ

Общепрофессиональные компетенции

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни	Знает: - Основные методы пропаганды здорового образа жизни и профилактики инфекций, связанных с оказанием медицинской помощи - Принципы организации санитарно-просветительной работы и гигиенического воспитания, информирование населения о современных средствах профилактики социально-значимых заболеваний	Правильность Полнота ответа и др.	Для текущего контроля: КВ из разделов № 5, 6; П Для промежуточной аттестации: П
ОПК-2.2. Способен планировать организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья.	Знает: - Принципы формирование программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ Умеет: - Организовывать проведение разъяснительной работы с контактными лицами пациентов с социально-значимыми заболеваниями и (или) состояниями	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из разделов № 5, 6; Д Для промежуточной аттестации: Д
ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	Умеет: - Оценивать эффективность качество оказания медицинской помощи с населением и пациентами с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями на основе обработки основных медико-статистических показателей.	Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: П, Д
ОПК-4.1. Осуществляет сбор информации о состоянии здоровья пациента	Умеет: Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания и (или) состояния, эпидемиологического анамнеза у пациентов (их законных представителей) с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из разделов № 2,3,4; СЗ, Р Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ

ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	Умеет: - Проводить физикальное исследование пациентов с инфекционными заболеваниями и (или) состояниями (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация)	Соблюдение алгоритма Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из разделов № 2,3,4; СЗ, Р Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ
ОПК-4.3 Устанавливает диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем и определяет тактику дальнейшего лечения с учётом клинических рекомендаций (протоколов лечения)	Умеет: Обоснование и постановка диагноза с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из разделов № 2,3,4; СЗ, Р Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ

Профессиональные компетенции

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	Умеет - Проводить анализ показателей инфекционной заболеваемости, инвалидности и смертности в медицинской организации и среди населения - Использовать медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет" - Вести медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа	Правильность Полнота ответа и др. Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии Соответствие правилам, нормам, приказам, стандартам и др.	Для текущего контроля: КВ из разделов № 1-4 Для промежуточной аттестации: КВ

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

СЗ – ситуационные задачи

ПН – практические навыки

Оценка	Вид задания	
	Собеседование по контр. вопросам	Решение ситуационных задач
Незачтено	Демонстрирует отсутствие знаний. Пространное изложение содержания сути заданного вопроса. Путаница в научных понятиях. Отсутствие ответов на ряд дополнительных, наводящих вопросов.	Отсутствие способности анализировать клиническую ситуацию, неумение найти правильное решение из-за отсутствия знаний
Зачтено	Демонстрирует знания по заданному вопросу и умение отвечать на вопросы.	Демонстрация способности анализировать клиническую ситуацию и выбора решения, которое может быть частично правильным

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компетенции или индикатора
Компетенция (часть) не сформирована	«Знает» на уровне ориентирования, представлений. Демонстрирует отсутствие знаний для клинического осмотра. Не знает методик оценки состояния, не может интерпретировать и анализировать информацию для оценки состояния пациента. Не может сформулировать клинический диагноз с учётом МКБ.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный материал в объёме качестве не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет.

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы
Промежуточная аттестация № 1			
1 этап	собеседование	КВ	УК-1, УК-2, ОПК-2, ОПК-4, ПК-2.2
2 этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-2, ОПК-4

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

СЗ – ситуационные задачи

Р/Д – темы рефератов/докладов

П – презентации

Раздел 1. Современное понятие социально значимых инфекций

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.1, УК-1.3)

1. Социально-значимые заболевания. Определение. Перечень социально-значимых заболеваний инфекционной природы.
2. Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.
3. Сколько групп патогенности микроорганизмов выделяют? К каким группам патогенности относятся вирус гепатита С, вирус гепатита В, ВИЧ, микобактерия туберкулеза?

Раздел 2. Вирусные гепатиты: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы. Современные подходы к терапии хронических вирусных гепатитов

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

1. Парентеральные гепатиты. Определение. Группы риска.
2. Гепатит В. Определение (своими словами близко к определению из клинических рекомендаций, дословно можно не учить), возбудитель, источник инфекции
3. Гепатит В. Пути передачи, факторы передачи, восприимчивый коллектив. Длительность инкубационного периода.
4. Гепатит В. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HBsAg.

5. Каких лиц необходимо обследовать на гепатит Д?
6. Гепатит С. Определение (своими словами близко к определению из клинических рекомендаций, дословно можно не учить), возбудитель, источник инфекции
7. Гепатит С. Пути передачи, факторы передачи, восприимчивый коллектив. Длительность инкубационного периода.
8. Гепатит С. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HCVAb.
9. Гепатит С. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HCVAb и РНК.

Раздел 3. Коронавирусная инфекция: этиология, патогенез, патоморфология, клинические формы, варианты течения, исходы

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-1.2, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

1. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Определение (своими словами близко к определению из Временных методических рекомендаций), возбудитель, источник инфекции.
2. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Какие еще вирусы семейства Coronaviridae вызывали ранее вспышки заболевания у человека помимо SARS-CoV-2.
3. Сколько групп патогенности микроорганизмов выделяют? К какой группе патогенности относится вирус SARS-CoV-2?
4. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Пути передачи, факторы передачи.
5. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Длительность инкубационного периода в зависимости от вариантов вируса (обычны, но циркулирующие варианты, Омикрон).
6. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Органы-мишени вируса SARS-CoV-2.
7. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Клинические варианты.
8. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Классификация по степени тяжести.
9. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Наиболее часто встречающиеся варианты кожных сыпей.
10. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Лабораторная диагностика этиологическая.
11. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Лабораторная диагностика общая. Прогностические маркеры.
12. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Лучевая диагностика. Перечислить методы.
13. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Лучевая диагностика. Степени тяжести поражения легких по КТ (эмпирическая шкала).
14. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Основные используемые принципы лечения (кратко).
15. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Этиотропное лечение, группы препаратов.
16. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Патогенетическое лечение, группы препаратов.
17. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Симптоматическое лечение, группы препаратов.
18. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Общие принципы выписки из медицинской организации.

Раздел 4. ВИЧ-инфекция: этиология, патогенез, клиническая классификация. Основные принципы терапии больных с ВИЧ-инфекцией

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

1. ВИЧ-инфекция. Определение (своими словами близко к определению из клинических рекомендаций, дословно можно не учить), возбудитель, источник инфекции.
2. ВИЧ-инфекция. Пути передачи, факторы передачи, восприимчивый коллектив. Длительность инкубационного периода.
3. Почему рост кумулятивного числа случаев ВИЧ-инфекции в России и во всем мире прогрессивно нарастает?
4. Скрининговые маркеры при проведении обследования на ВИЧ-инфекцию, гепатит В, гепатит С.
5. ВИЧ-инфекция. Уязвимые группы и группы риска.
6. ВИЧ-инфекция. Контингенты, подлежащие обязательному освидетельствованию.
7. ВИЧ-инфекция. Лица, рекомендуемые для добровольного обследования (не относящиеся к категории уязвимых лиц)
8. ВИЧ-инфекция. Контингенты, подлежащие добровольному обследованию (перечислить лиц из категории уязвимых групп).
9. ВИЧ-инфекция. Контингенты, подлежащие добровольному обследованию (перечислить контингенты, обследуемые добровольно по клиническим показаниям).
10. ВИЧ-инфекция. Почему больных инфекционным мононуклеозом старше 13 лет обследуют на ВИЧ инфекцию при постановке диагноза? Зачем их обследуют на ВИЧ-инфекцию повторно через 3 месяца после начала заболевания?

Раздел 5. Профилактика риска профессионального заражения социально-значимыми инфекциями

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-2.1, УК-2.2, УК-2.3, ОПК-2.1)

1. Профилактика. Медицинская профилактика. Контактные лица. Определение понятий. Кем осуществляется медицинская профилактика.
2. Понятие неспецифической и специфической профилактики.
3. ВИЧ-инфекция. Мероприятия в отношении источника инфекции.
4. Гепатиты В и С. Мероприятия в отношении источника инфекции.
5. Туберкулез. Мероприятия в отношении источника инфекции.
6. Мероприятия в отношении путей передачи: дезинфекция. Виды дезинфекции.
7. Дезинфекция в месте проживания больного гепатитом В или С.
8. Регламентирована ли дезинфекция по месту работы больного гепатитом В и С? Почему?
9. Дезинфекция в месте проживания или по месту работы больного ВИЧ-инфекцией. Регламентирована ли в действующем СанПин или в действующих клинических рекомендациях?
10. Дезинфекция в месте проживания пациента, больного туберкулезом.
11. В каком случае проводится дезинфекция по месту работы в случае выявления больного туберкулезом?
12. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от гепатита В лиц, не входящих в группы риска: возраст подлежащих вакцинации, указать схему.

13. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от гепатита В лиц, относящихся к группам риска. Перечислить группы риска, указать схему.
14. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от гепатита В экстренная и по эпидемическим показаниям.
15. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Гепатит В. Пассивная профилактика иммуноглобулином. Кому и когда проводится.
16. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от туберкулеза.
17. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от туберкулеза детей от ВИЧ-инфицированных матерей (вопрос для неонатологов, акушеров-гинекологов, педиатров, инфекционистов).
18. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от туберкулеза экстренная и по эпидпоказаниям. Проводится ли? Почему?
19. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Химиопрофилактика ВИЧ. Контингент лиц, которым проводится химиопрофилактика ВИЧ.
20. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Неспецифическая профилактика социально-значимых инфекций.
21. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Химиопрофилактика туберкулеза. Контингент лиц, которым проводится химиопрофилактика туберкулеза.

Раздел 6. Профилактика социально-значимых заболеваний среди населения

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – ОПК-2.2, ОПК-2.3)

1. Профилактика. Медицинская профилактика. Контактные лица. Определение понятий. Кем осуществляется медицинская профилактика.
2. Понятие неспецифической и специфической профилактики.
3. ВИЧ-инфекция. Мероприятия в отношении источника инфекции.
4. Гепатиты В и С. Мероприятия в отношении источника инфекции.
5. Туберкулез. Мероприятия в отношении источника инфекции.
6. Мероприятия в отношении путей передачи: дезинфекция. Виды дезинфекции.
7. Дезинфекция в месте проживания больного гепатитом В или С.
8. Регламентирована ли дезинфекция по месту работы больного гепатитом В и С? Почему?
9. Дезинфекция в месте проживания или по месту работы больного ВИЧ-инфекцией. Регламентирована ли в действующем СанПин или в действующих клинических рекомендациях?
10. Дезинфекция в месте проживания пациента, больного туберкулезом.
11. В каком случае проводится дезинфекция по месту работы в случае выявления больного туберкулезом?
12. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от гепатита В лиц, не входящих в группы риска: возраст подлежащих вакцинации, указать схему.
13. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от гепатита В лиц, относящихся к группам риска. Перечислить группы риска, указать схему.
14. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от гепатита В экстренная и по эпидемическим показаниям.
15. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Гепатит В. Пассивная профилактика иммуноглобулином. Кому и когда проводится.

16. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от туберкулеза.
17. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от туберкулеза детей от ВИЧ-инфицированных матерей (вопрос для неонатологов, акушеров-гинекологов, педиатров, инфекционистов).
18. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от туберкулеза экстренная и по эпидпоказаниям. Проводится ли? Почему?
19. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Химиопрофилактика ВИЧ. Контингент лиц, которым проводится химиопрофилактика ВИЧ.
20. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Неспецифическая профилактика социально-значимых инфекций.
21. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Химиопрофилактика туберкулеза. Контингент лиц, которым проводится химиопрофилактика туберкулеза.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Контрольные вопросы

(проверяемые компетенции в целом или индикаторы компетенции: УК-1, УК-2, УК-3, ПК-2.2, ОПК-2, ОПК-4)

1. Социально-значимые заболевания. Определение. Перечень социально-значимых заболеваний инфекционной природы.
2. Перечень заболеваний, представляющих опасность для окружающих.
3. Сколько групп патогенности микроорганизмов выделяют? К каким группам патогенности относятся вирус гепатита С, вирус гепатита В, ВИЧ, микобактерия туберкулеза?
4. ВИЧ-инфекция. Определение (своими словами близко к определению из клинрекомендаций, дословно можно не учить), возбудитель, источник инфекции.
5. ВИЧ-инфекция. Пути передачи, факторы передачи, восприимчивый коллектив. Длительность инкубационного периода.
6. Почему рост кумулятивного числа случаев ВИЧ-инфекции в России и во всем мире прогрессивно нарастает?
7. Скрининговые маркеры при проведении обследования на ВИЧ-инфекцию, гепатит В, гепатит С.
8. ВИЧ-инфекция. Уязвимые группы и группы риска.
9. ВИЧ-инфекция. Контингенты, подлежащие обязательному освидетельствованию.
10. ВИЧ-инфекция. Лица, рекомендуемые для добровольного обследования (не относящиеся к категории уязвимых лиц)
11. ВИЧ-инфекция. Контингенты, подлежащие добровольному обследованию (перечислить лиц из категории уязвимых групп).
12. ВИЧ-инфекция. Контингенты, подлежащие добровольному обследованию (перечислить контингенты, обследуемые добровольно по клиническим показаниям).
13. ВИЧ-инфекция. Почему больных инфекционным мононуклеозом старше 13 лет обследуют на ВИЧ инфекцию при постановке диагноза? Зачем их обследуют на ВИЧ-инфекцию повторно через 3 месяца после начала заболевания?
14. Парентеральные гепатиты. Определение. Группы риска.
15. Гепатит В. Определение (своими словами близко к определению из клинрекомендаций, дословно можно не учить), возбудитель, источник инфекции

16. Гепатит В. Пути передачи, факторы передачи, восприимчивый коллектив. Длительность инкубационного периода.
17. Гепатит В. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HBsAg.
18. Каких лиц необходимо обследовать на гепатит Д?
19. Гепатит С. Определение (своими словами близко к определению из клинрекомендаций, дословно можно не учить), возбудитель, источник инфекции
20. Гепатит С. Пути передачи, факторы передачи, восприимчивый коллектив. Длительность инкубационного периода.
21. Гепатит С. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HCVAb.
22. Гепатит С. Контингенты, подлежащие обязательному обследованию на наличие HCVAb и РНК.
23. Туберкулез. Определение (своими словами близко к определению из клинрекомендаций, дословно можно не учить), возбудитель, источник инфекции.
24. Туберкулез. Пути передачи, факторы передачи, восприимчивый коллектив. Длительность инкубационного периода. Понятие «инфицированность».
25. Скрининговое обследование на туберкулез детей от 0 до 7 лет, 8-14 лет, лиц старше 14 лет.
26. IGRA-тесты. Что лежит в их основе?
27. Профилактика. Медицинская профилактика. Контактные лица. Определение понятий. Кем осуществляется медицинская профилактика.
28. Понятие неспецифической и специфической профилактики.
29. ВИЧ-инфекция. Мероприятия в отношении источника инфекции.
30. Гепатиты В и С. Мероприятия в отношении источника инфекции.
31. Туберкулез. Мероприятия в отношении источника инфекции.
32. Мероприятия в отношении путей передачи: дезинфекция. Виды дезинфекции.
33. Дезинфекция в месте проживания больного гепатитом В или С.
34. Регламентирована ли дезинфекция по месту работы больного гепатитом В и С? Почему?
35. Дезинфекция в месте проживания или по месту работы больного ВИЧ-инфекцией. Регламентирована ли в действующем СанПин или в действующих клинических рекомендациях?
36. Дезинфекция в месте проживания пациента, больного туберкулезом.
37. В каком случае проводится дезинфекция по месту работы в случае выявления больного туберкулезом?
38. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от гепатита В лиц, не входящих в группы риска: возраст подлежащих вакцинации, указать схему.
39. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от гепатита В лиц, относящихся к группам риска. Перечислить группы риска, указать схему.
40. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от гепатита В экстренная и по эпидемическим показаниям.
41. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Гепатит В. Пассивная профилактика иммуноглобулином. Кому и когда проводится.
42. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Плановая вакцинация от туберкулеза.

43. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от туберкулеза детей от ВИЧ-инфицированных матерей (вопрос для неонатологов, акушеров-гинекологов, педиатров, инфекционистов).
44. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Вакцинация от туберкулеза экстренная и по эпидпоказаниям. Проводится ли? Почему?
45. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Химиопрофилактика ВИЧ. Контингент лиц, которым проводится химиопрофилактика ВИЧ.
46. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Неспецифическая профилактика социально-значимых инфекций.
47. Мероприятия в отношении восприимчивого коллектива. Химиопрофилактика туберкулеза. Контингент лиц, которым проводится химиопрофилактика туберкулеза.
48. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Определение (своими словами близко к определению из Временных методических рекомендаций), возбудитель, источник инфекции.
49. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Какие еще вирусы семейства Coronaviridae вызывали ранее вспышки заболевания у человека помимо SARS-CoV-2.
50. Сколько групп патогенности микроорганизмов выделяют? К какой группе патогенности относится вирус SARS-CoV-2?
51. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Пути передачи, факторы передачи.
52. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Длительность инкубационного периода в зависимости от вариантов вируса (циркулирующие варианты, например, Омикрон).
53. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Органы-мишени вируса SARS-CoV-2.
54. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Клинические варианты.
55. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Классификация по степени тяжести.
56. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Наиболее часто встречающиеся варианты кожных сыпей.
57. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Лабораторная диагностика этиологическая.
58. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Лабораторная диагностика общая. Прогностические маркеры.
59. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Лучевая диагностика. Перечислить методы.
60. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Лучевая диагностика. Степени тяжести поражения легких по КТ (эмпирическая шкала).
61. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Основные используемые принципы лечения (кратко).
62. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Этиотропное лечение, группы препаратов.
63. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Патогенетическое лечение, группы препаратов.
64. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Симптоматическое лечение, группы препаратов.
65. Новая коронавирусная инфекция COVID-19. Общие принципы выписки из медицинской организации.
66. Профилактика риска профессионального заражения. Определение термина ИСМП, что в него входит (своими словами).
67. Профилактика риска профессионального заражения. Понятие неспецифической и специфической профилактики.

68. Профилактика риска профессионального заражения. Определение профессионального риска (своими словами).
69. Профилактика риска профессионального заражения. Риски заражения гепатитом В, гепатитом С, ВИЧ-инфекцией в процентном соотношении.
70. Профилактика риска профессионального заражения. Наиболее заразные биологические жидкости.
71. Профилактика риска профессионального заражения. Контингенты медработников, подлежащие обязательному обследованию на ВИЧ-инфекцию при приеме на работу и далее ежегодно.
72. Профилактика риска профессионального заражения. Алгоритм обработки рук при возникновении травмы на рабочем месте.
73. Профилактика риска профессионального заражения. Алгоритм документирования аварийной ситуации.
74. Профилактика риска профессионального заражения. Алгоритм тестирования пострадавшего и пациента (гемоконтактные инфекции).
75. Профилактика риска профессионального заражения. Срок начала химиопрофилактики ВИЧ-инфекции (минимальный-максимальный).
76. Профилактика риска профессионального заражения. Методы постконтактной профилактики гепатита В (у привитого, у не привитого).

Ситуационные задачи

(УК-2, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ОПК-4.3)

ЗАДАЧА №1

Военнослужащий по контракту старший сержант Г. заболел накануне вечером, когда появились разлитые боли в животе, которые постепенно локализовались в правой подвздошной области. За сутки отмечался трехкратный жидкий стул, утром заметил изменение цвета мочи («потемнение»).

Состояние удовлетворительное. Температура тела 38,7°C. Кожа обычной окраски, на туловище и конечностях – обильная мелкопятнистая и точечная сыпь со сгущением в подмышечных впадинах и около лучезапястных суставов, кисти рук и стоп гиперемированы. В ротоглотке умеренная диффузная гиперемия. Пульс ритмичный, 88 в 1 минуту. Тоны сердца чистые, звучные. Границы сердца в пределах нормы. АД 115/80 мм рт. ст. Дыхание везикулярное, 20 в 1 минуту. Язык суховат, обложен белым налетом с отпечатками зубов по краям. Живот умеренно вздут, при пальпации болезненный в илеоцекальной области; здесь же определяется грубое урчание. Нижний край печени пальпируется на 2 см ниже реберной дуги, мягкий, эластичный, чувствительный. Размеры печени по Курлову 12x10x8 см. Селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный без патологических примесей. Моча светло-коричневого цвета. Диурез достаточный.

Определите:

- 1) предварительный клинический диагноз болезни;
- 2) перечень заболеваний, требующих проведения дифференциальной диагностики;
- 3) объем и содержание лечебной помощи в медицинском пункте, части и госпитале;
- 4) диспансерное динамическое наблюдение.

ЗАДАЧА №2

Во время амбулаторного приема военнослужащий по призыву рядовой Б. обратился с жалобами на общую слабость, плохой аппетит, тошноту, чувство тяжести и боль в правом

подреберье. В течение 2-х последних дней отметил у себя потемнение мочи (цвета «заваренного чая»).

Около 2-х недель назад во время совершения марш-броска по пересеченной местности во время короткого привала пил воду из открытого водоисточника. Рядом находилось поле со стогами сена.

Состояние средней степени тяжести. Температура тела 39,8°C. Склеры субиктеричные. Кожа незначительной желтушной окраски, на туловище и конечностях мелкопятнистая и точечная сыпь. Периферические лимфатические узлы не пальпируются. Пульс 98 в 1 минуту, ритмичный. АД 100/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены. Над легкими перкуторно определяется ясный легочный звук, дыхание везикулярное. Язык обложен белым налетом. Живот мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в илеоцекальной области и правом подреберье. Размеры печени по Курлову 13х9х7 см. Пальпируется селезенка. Моча коричневой окраски. Кал жидкий без патологических примесей до 5 раз за сутки.

Определите:

- 1) предварительный клинический диагноз заболевания;
- 2) перечень возможных осложнений;
- 3) заболевания требующие проведения дифференциальной диагностики;
- 4) перечень лабораторных исследований для подтверждения диагноза;
- 5) объем медицинской помощи на догоспитальном этапе и в условиях инфекционного стационара.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Социально значимые инфекции»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция – в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно

излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;

- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.

- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;

- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);

- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловыe вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемому, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и

исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию, формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как

теоретика и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы».

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность «среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать ряд особенных, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую

характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять, на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также

случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции, следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общезакономерность и на ее основе подлежат анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разного рода тезисными записями и

планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучаемых.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

- рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;

- методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

- Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

- заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;

- досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;

- самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, состязательности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой

обучающимся к данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общими и профессиональными компетенциями, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

- репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

- активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

- интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

- разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

- максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

- использование бланков документов, инструктивных материалов;

- наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

- чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);
- составление плана текста;
- графическое изображение структуры текста;
- составление электронной презентации;
- конспектирование текста;
- подготовка выписок из текста;
- работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;
- научно-исследовательская работа;
- использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

- работа с конспектом лекций;
- работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);
- составление плана и тезисов ответа;
- составление таблиц для систематизации учебного материала;
- изучение нормативных материалов;
- ответы на контрольные вопросы;
- аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);
- заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;
- подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;
- подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;
- составление резюме;
- написание истории болезни;
- составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

- решение задач и упражнений по образцу;
- решение вариативных задач и упражнений;
- отработка манипуляций;
- выполнение расчетно-графических работ;
- решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;

- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовок каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

3. Составление конспектов

Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

– плановый. При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.

– тематический конспект, является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.

– текстуальный конспект, представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.

– свободный конспект, включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;

2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;

3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;

4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

– композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;

– отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;

– язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;

– аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.

2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата (читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, ознакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

1) по полноте изложения:

– информативные (рефераты-конспекты);

– индикативные (рефераты-резюме);

2) по количеству реферируемых источников:

– монографические;

– обзорные;

3) по читательскому назначению:

– общие;

– ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;

– специализированные;

– ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.

2. Содержание.

3. Введение.

4. Основная часть.

5. Заключение.

6. Список использованной литературы.

7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, курация больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начала до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;
- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздкие, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишённого эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределённо-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылкам на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объём заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объём работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объём могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объём не включаются.*

Цвет шрифта – чёрный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, чёрного цвета, одинаковым по всему объёму текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нем не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела, разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела, 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается:**

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак «Ø» для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например > (больше), < (меньше), = (равно), ≤ (меньше или равно), ≥ (больше или равно), ≠ (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставиться неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не умещается в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;
- перед скобками и после них: (a+b)(d+c);

Косой крест (x) в качестве знака умножения ставиться:

- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1). Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзацного отступа.

Например:

$$W=wgkc, \quad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;
 k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;
 c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;

– цитирование должно быть полным, без искажения смысла;

– пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

– Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);

– указы Президента РФ (в той же последовательности);

– постановления Правительства РФ (в той же очередности);

– иные нормативные правовые акты;

– иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);

– монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);

– иностранная литература;

– интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

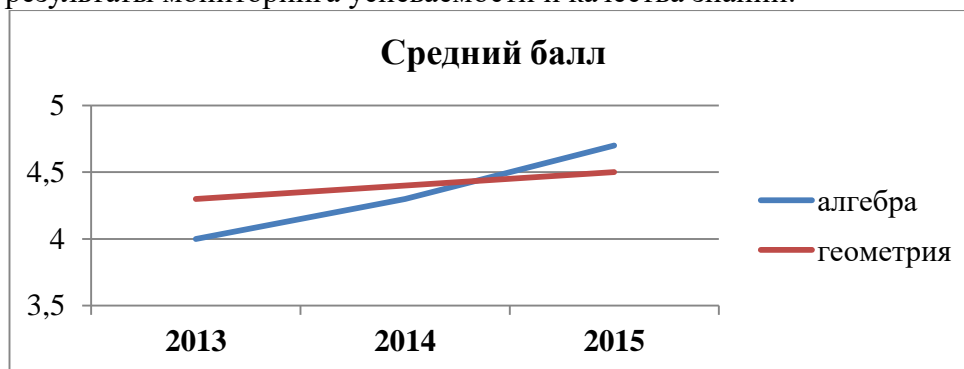


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеоларную группы пучков волокон (Рис. 5).

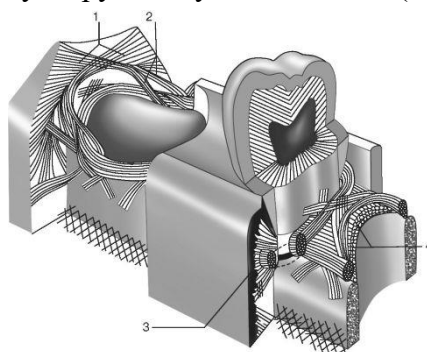


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование направленности)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра факультетской хирургии с клиникой (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1
Занятия лекционного типа	8 час.
Занятия семинарского типа	16 час.
Всего аудиторной работы	24 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	48 час.
Контроль	-
Форма промежуточной аттестации	зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/час. /зач. ед.)

Рабочая программа дисциплины «Онкологическая настороженность и паллиативная помощь» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 99 от 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Данилов Иван Николаевич	к.м.н. доцент	Заведующий кафедрой факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Неймарк Александр Евгеньевич	к.м.н.	Доцент кафедры факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Наседкин Дмитрий Борисович	к.м.н.	Заведующий отделением хирургических методов лечения онкологических больных Ассистент кафедры факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Амбарцумян Асмик Ваагновна	-	Ассистент кафедры факультетской хирургии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа «Онкологическая настороженность и паллиативная помощь» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры факультетской хирургии с клиникой.

Рабочая программа «Онкологическая настороженность и паллиативная помощь» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины:

Формирование компетенций, необходимых для самостоятельной деятельности врачей различных специальностей в условиях первичной медико-санитарной; неотложной, скорой медицинской помощи; а также к выполнению специализированных высокотехнологичных диагностических исследований.

Задачи изучения дисциплины:

1. Формирование обширного и глубокого объема базовых, фундаментальных медицинских знаний, формирующий профессиональные компетенции врача, способного решать свои профессиональные задачи
2. Формирование и совершенствование профессиональной подготовки врача, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующимся в сложной патологии, требующей углубленных знаний в смежных дисциплинах
3. Подготовка специалиста к самостоятельной профессиональной лечебно-диагностической деятельности, умеющего провести дифференциально-диагностический поиск, оказать в полном объеме медицинскую помощь, в том числе при ургентных состояниях, провести профилактические и реабилитационные мероприятия по сохранению жизни и здоровья во все возрастные периоды жизни пациента
4. Сформировать систему общих и специальных знаний, умений, позволяющих врачу-онкологу свободно ориентироваться в вопросах организации и экономики здравоохранения, страховой медицины, медицинской психологии.
5. Научить обучающихся навыкам клинического обследования и описания кожного статуса пациента с предраковыми новообразованиями кожи.
6. Дать обучающимся современные знания об эпидемиологии, социальной значимости, этиологии, патогенезе, клинике, диагностике, лечении и профилактике меланоцитарных невусов кожи, плоскоклеточного рака кожи, базалиомы, меланомы.
7. Научить обучающихся формулировать предварительный клинический диагноз, выбирать тактику ведения пациента, определять показания к экстренной госпитализации, назначать обследование при наиболее часто встречающихся онкологических заболеваниях кожи.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Онкологическая настороженность и паллиативная помощь» относится к обязательной части Блока 1 «Дисциплины (модули)» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1. Разрабатывает командную стратегию, организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели	Знает: - знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)
			Умеет: - использовать принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)

*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания

Общепрофессиональные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и оценку состояния пациента.	Знает алгоритм проведения клинического осмотра и оценки состояния пациента	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)
			Умеет проводить клинический осмотр и оценку состояния пациента	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)

*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания

Профессиональные компетенции

Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания) (описывают составители программы)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Организационно-управленческая деятельность	ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	ПК-2.4 Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	Знает: Принципы работы с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)
			Умеет: Работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)

*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания.

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоёмкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
		Промежуточная аттестация №1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	24	24
Из них:		
Занятия лекционного типа	8	8
Занятия семинарского типа	16	16
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	48	48
Промежуточная аттестация – зачет		
Общая трудоёмкость дисциплины	часы	72
	зач. ед.	2
Из них на практическую подготовку (в % либо в час.)*	32	32

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование тем дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Онкологические заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства	4	-	8	12	4
Онкологические заболевания кроветворной системы. Рак легких.	2	2	8	12	5
Онкологическая настороженность в дерматологии	-	2	6	8	4
Лучевая диагностика в онкологии	2	-	4	6	2
Онкологические заболевания мочеполовой системы	-	4	6	10	5
Онкогинекология	-	4	8	12	6
Онкологические заболевания глотки и шеи	-	4	8	12	6
ИТОГО	8	16	48	72	32

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия
Курс 1					
Онкологические заболевания брюшной полости и забрюшинного пространства					
1.	Тема 1. Онкологические заболевания брюшной полости и забрюшинного пространства ч. 1	2	Образования гепато-панкреато-дуоденальной зоны. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики. Образования желудка. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	Мультимедийные презентации
2.	Тема 2. Онкологические заболевания брюшной полости и забрюшинного пространства ч. 2	2	Опухоли тощей и подвздошной кишки. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Опухоли ободочной и прямой кишки. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики и лечения. Выбор тактики лечения в зависимости от локализации образования.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	Мультимедийные презентации
Онкологические заболевания кроветворной системы					
3.	Тема 3 Онкологические заболевания кроветворной системы	2	Генетика заболеваний системы крови. Соматические мутации. Причины и механизмы мутации генов. Понятие об онкогенах. Роль соматических мутаций в патогенезе гемобластозов и анемий. Аномалии хромосом и их природа. Наследственные изменения хромосом и онкогенез. Патогенез клинических проявлений лейкозов: активация клеточных онкогенов и др. Классификация лейкозов. Острые лейкозы. Определение, патоморфология, классификация, диагностика, клиника. Критерии ремиссии, критерии рецидива. Этапы терапии острых лейкозов Цитостатические препараты и их комбинации, применяемые для лечения острых лейкозов.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	Мультимедийные презентации
Современные методы диагностики в онкологии					
4.	Тема 4 Лучевая диагностика в онкологии	2	В лекции представлены физические и технические основы лучевых методов исследования, позволяющие использовать их в онкологии. Общие и специальные методики, применяемые при обследовании онкологических больных по органам и системам. Контрастные вещества (показания, противопоказания, осложнения). Современные методики исследования и применение искусственного интеллекта в онкологии в зависимости от локализации опухолевого процесса.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	Мультимедийные презентации
ВСЕГО в час.		8			

Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 1							
Тема 1	Семинар-практикум	Рак легких	2	50%	Поражения легких в гематологической практике. Лабораторные и инструментальные методы исследования легких. Поражения легких при гемобластозах.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ, ТЗ
Тема 2	Семинар-практикум	Онкологическая настороженность в дерматологии	2	50%	Доброкачественные и злокачественные эпителиальные и неэпителиальные новообразования кожи. Доброкачественные и злокачественные меланоцитарные образования кожи. Лимфомы кожи, грибвидный микоз, бляшечный параспориоз.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ, ТЗ
Тема 3	Семинар-практикум	Онкологические заболевания мочеполовой системы	4	50%	Опухоли паренхимы почки. Опухоли мочеточника и рак мочевого пузыря. Рак предстательной железы. Рак яичка. Этиология. Классификация. Клинические проявления. Методы диагностики и лечения.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ, ТЗ
Тема 4	Семинар-практикум	Онкогинекология	4	50%	Организация онкологической службы, эпидемиология злокачественных опухолей. Методы диагностики в онкологии. Принципы лечения злокачественных опухолей. Опухоли женских половых органов. Рак и беременность. Основные принципы сохранения фертильности. Гормонозаместительная терапия и риски гормонозависимых опухолей. Первично-множественные опухоли – принципы диагностики, стадирования, лечения. Опухоли молочной железы. Наследственный рак молочной железы и яичника. Симптоматическое лечение онкогинекологических больных.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ, ТЗ
Тема 5	Семинар-практикум	Онкологические заболевания головы и шеи	4	50%	Предраковые состояния носа, глотки, гортани, уха. Ранняя диагностика, лечение. Профилактика.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ, ТЗ
ВСЕГО в час.			16	8			

* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания.*

4.4. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Содержание самостоятельной работы	Количество часов	из них на ПП (%)	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства** для текущего контроля
1.	Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе).	24	50%	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ
2.	Работа с учебной и научной литературой.	12	50%	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ
3.	Работа с вопросами для самопроверки.	12	50%	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4	КВ
ВСЕГО в час.		48	24		

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания,

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии модульного обучения

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Критерии оценивания для текущего контроля

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

«Не зачтено» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Фрагментарные знания. Путаница в терминах и понятиях.

«Зачтено - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

5.2. Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-3.1	КВ, ТЗ
ОПК-4.2	КВ, ТЗ
ПК-2.4	КВ, ТЗ

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы

5.2 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

1 этап - тестовые задания.

2 этап - ответы на контрольные вопросы

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Контрольные вопросы
Незачтено	70% и менее	Фрагментарные знания. На поставленные вопросы отвечает неправильно или неточно.
Зачтено	Более 71%	Общие, но не структурированные знания. Ответы не точные и неполные.

Критерии оценки сформированности компетенций на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале.
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины.

5.3 Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции или отдельные индикаторы достижения компетенции
КВ	Опухоли верхних мочевых путей. Этиология, классификация, диагностика и лечение.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4
КВ	Лучевая семиотика доброкачественных опухолей женских половых органов	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4
КВ	Рак предстательной железы. Лечение локализованного рака предстательной железы.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4
ТЗ	Химиотерапия в отношении почечно-клеточного рака: а) Неэффективна; б) Доказана эффективность; в) Эффективность превосходит хирургическое лечение; г) Ни одного из вышеперечисленного.	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4
ТЗ	Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке а) слепой и восходящего отдела ободочной кишки б) поперечно-ободочной кишки в) нисходящего отдела г) сигмовидной кишки д) определенной зависимости типа роста опухоли от ее локализации не выявлено	УК-3.1 ОПК-4.2 ПК-2.4

*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в Приложении №1 к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.prof-y-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн МультиТран (<http://www.multitrans.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

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

Основная литература:

1. Онконастороженность в педиатрии / Рыков М. Ю. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453995.html>
2. Симптомы и синдромы в онкологии / Тимербулатов В. М., Ганцев Ш. Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460672.html>
3. Нутритивная поддержка в онкологии / Шакирова Л. В., Гайнуллин А. Х. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456453.html>
4. Паллиативная помощь в амбулаторных условиях: руководство для врачей / под ред. О. Ю. Кузнецовой. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459485.html>
5. Онкогинекология: национальное руководство / под ред. Каприна А. Д., Ашрафьяна Л. А. Стилиди И. С. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453292.html>

Дополнительная литература:

1. Онкология: Национальное руководство. Краткое издание / под ред. В. И. Чиссова, М. И. Давыдова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970439821.html>
2. Диагностика и дифференцированная фармакотерапия хронического болевого синдрома у онкологических больных / Г. Р. Абузарова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970433461.html>
3. Контроль симптомов в паллиативной медицине / Новикова Г. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443224.html>
4. Вопросы паллиативной помощи в деятельности специалиста сестринского дела: учебник / [Двойников С. И. и др.]; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460177.html>
5. Онкология: учебник / М. И. Давыдов, Ш. Х. Ганцев [и др.]. - М.: ГЭОТАР Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456163.html>
6. Клиническая онкология. Избранные лекции / Л. З. Вельшер, Б. И. Поляков, С. Б. Петерсон — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970428672.html>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по дисциплине «Онкологическая настороженность и паллиативная помощь» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Онкологическая

настороженность и паллиативная помощь» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Онкологическая настороженность и паллиативная помощь» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы специалитета.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Онкологическая настороженность и паллиативная помощь» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Онкологическая настороженность и паллиативная помощь» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а

также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ОНКОЛОГИЧЕСКАЯ НАСТОРОЖЕННОСТЬ И ПАЛЛИАТИВНАЯ ПОМОЩЬ»

Специальность ординатуры	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач-оториноларингология»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «**Онкологическая настороженность и паллиативная помощь**»
для специальности **31.08.58 Оториноларингология**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Онкологические заболевания органов брюшной полости и забрюшинного пространства	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4	ТЗ, КВ
Онкологические заболевания кровеносной системы. Рак легких.	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4	ТЗ, КВ
Меланома кожи	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4	ТЗ, КВ
Лучевая диагностика в онкологии	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4	ТЗ, КВ
Онкологические заболевания мочеполовой системы	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4	ТЗ, КВ
Онкогинекология	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4	ТЗ, КВ
Онкологические заболевания головы и шеи	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4	ТЗ, КВ

* виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ)

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов

ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальные компетенции

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-3.1. Разрабатывает командную стратегию, организует и руководит работой команды для достижения поставленной цели	Знает: - принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	Правильность Полнота ответа	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)
	Умеет: - использовать принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала	Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации из пункта 4.	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)

Общепрофессиональные компетенции

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-4.2. Проводит клинический осмотр и	Знает: Знает алгоритм проведения	Правильность Полнота ответа .	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ)

оценку состояния пациента.	клинического осмотра и оценки состояния пациента		Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)
	Умеет проводить клинический осмотр и оценку состояния пациента	Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации из пункта 4.	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)

Профессиональные компетенции

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-2.4. Умеет работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	Знает: Принципы работы с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	Правильность Полнота ответа.	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)
	Умеет: Работать с научной и справочной литературой, электронными научными базами (платформами) и владеет современными технологиями поиска научной информации	Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации из пункта 4	Для текущего контроля: (КВ, ТЗ) Для промежуточной аттестации: (КВ, ТЗ)

*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

Оценка	Критерии
Зачтено	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу. Могут быть допущены недочеты в ответах на вопросы, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.
Не зачтено	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает недостаточное раскрытие терминов, концепций, теорий по дисциплине. Ответ содержит ряд серьезных неточностей, выводы поверхностны или неверны. Не может привести примеры из практики. Логически непоследовательно излагает материал.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Контрольные вопросы
Незачтено	70% и менее	Фрагментарные знания. На поставленные вопросы отвечает неправильно или неточно.

Зачтено	Более 71%	Общие, но не структурированные знания. Ответы не точные и неполные.
----------------	-----------	--

Критерии оценки сформированности компетенций на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале.
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины.

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4
2 этап	Контрольный опрос	КВ	УК-3.1, ОПК-4.2, ПК-2.4

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

Контрольные вопросы (УК-3.1., ОПК-4.2., ПК-2.4.)

1. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики и принципы лечения колоректального рака.
2. Рак ободочной кишки. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Особенности метастазирования. Методы диагностики и лечения.
3. Рак поджелудочной железы. Классификация. Особенности клинической картины. Принципы диагностики и лечения. Возможные осложнения. Прогноз.
4. Рак желудка. Этиология. Классификация. Патологоанатомическая характеристика. Клиническая картина. Методы диагностики. Принципы лечения. Пути метастазирования.
5. Предраковые заболевания ободочной кишки. Классификация, клиническая картина, методы диагностики и лечения.
6. Лучевая семиотика внутримозговых опухолей головного мозга
7. Лучевая семиотика внемозговых (менингиом) опухолей головного мозга
8. Лучевая семиотика опухолей глаза
9. Лучевая семиотика опухолей глазницы
10. Дифференциальная лучевая диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей околоносовых пазух
11. Лучевая семиотика злокачественных опухолей легких
12. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей легких
13. Лучевая семиотика опухолей плевры
14. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей ЖКТ
15. Лучевая семиотика злокачественных опухолей ЖКТ
16. Лучевая семиотика опухолей печени
17. Лучевая семиотика опухолей поджелудочной железы
18. Дифференциальная лучевая семиотика опухолей поджелудочной железы
19. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей женских половых органов
20. Лучевая семиотика злокачественных опухолей женских половых органов
21. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей простаты
22. Лучевая семиотика злокачественных опухолей простаты
23. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей костей

24. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей
25. Лучевая семиотика метастатических опухолей костей
26. Опухоли паренхимы почки. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
27. Опухоли верхних мочевых путей. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
28. Рак мочевого пузыря. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
29. Рак предстательной железы. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
30. Рак предстательной железы. Классификация, дифференциальная диагностика.
31. Опухоли яичка. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
32. Рак предстательной железы. Лечение локализованного рака предстательной железы.
33. Опухоли лоханки и мочеточника. Лечение. Виды операций, показания, противопоказания.
34. Опухоли паренхимы почки. Лечение локализованного почечно-клеточного рака.
35. Рак предстательной железы. Биопсия предстательной железы, виды. Показания, противопоказания.

Тестовые задания (УК-3.1., ОПК-4.2., ПК-2.4.)

1. При раннем раке желудка
 - а) специфические симптомы отсутствуют
 - б) имеются специфические симптомы заболевания
 - в) симптомы представлены симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак желудка
 - г) "синдром малых признаков" является ранним клиническим проявлением рака желудка
2. Заподозрить малигнизацию язвы желудка позволяют следующие признаки
 - а) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре
 - б) длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
 - в) снижение кислотности желудочного сока
 - г) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре; длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
 - д) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре; длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей; снижение кислотности желудочного сока
3. Метастаз Крукенберга следует расценивать
 - а) а) как гематогенный
 - б) б) как имплантационный
 - в) в) как ортоградный лимфогенный
 - г) г) как ретроградный лимфогенный
 - д) д) как имплантационный; как ретроградный лимфогенный
4. При раке поджелудочной железы практически любой орган может быть поражен метастазами, но обычно в первую очередь поражаются
 - а) а) легкие
 - б) б) кости
 - в) в) печень
 - г) г) надпочечники
5. Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке
 - а) слепой и восходящего отдела ободочной кишки
 - б) поперечно-ободочной кишки
 - в) нисходящего отдела
 - г) сигмовидной кишки

е) определенной зависимости типа роста опухоли от ее локализации не выявлено

6. Токсико-анемическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли
- а) в правых отделах ободочной кишки
 - б) в поперечно-ободочной кишке
 - в) в нисходящей кишке
 - г) в сигмовидной кишке
 - д) в правых отделах ободочной кишки, в поперечно-ободочной кишке, в нисходящей кишке,
 - е) в сигмовидной кишке встречается с одинаковой частотой
7. Обтурационная форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли
- а) в правых отделах ободочной кишки
 - б) в поперечно-ободочной кишке
 - в) в нисходящей кишке
 - г) в сигмовидной кишке
 - д) в нисходящей кишке; в сигмовидной кишке
8. К группам повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить лиц, страдающих
- а) неспецифическим язвенным колитом
 - б) грануломатозным колитом (болезнь Крона)
 - в) полипами кишечника
 - г) семейным диффузным полипозом
 - д) неспецифическим язвенным колитом; грануломатозным колитом (болезнь Крона);
 - е) полипами кишечника; семейным диффузным полипозом
9. Положительная реакция на а-фетопротеин чаще бывает
- а) при первичном раке печени
 - б) при метастатическом раке печени
 - в) при доброкачественных опухолях печени
 - г) при первичном раке печени; при метастатическом раке печени
 - д) положительная реакция на а-фетопротеин не характерна для опухолевых поражений печени
10. Эндоскопическая полипэктомия допустима, если при гистологическом исследовании биопсийного материала из верхушки полипа обнаружены признаки малигнизации, в случае
- а) старческого возраста больного и тяжелой сопутствующей патологии в стадии декомпенсации
 - б) полипа "на ножке" и при гистологическом исследовании ножки полипа признаков малигнизации в ней не обнаружено
 - в) возможности динамического контроля (эндоскопического) за больным
 - г) только сочетания всех перечисленных выше ситуаций
 - д) эндоскопическая полипэктомия недопустима
11. Простая киста почки при ультразвуковом исследовании визуализируется в виде _____ структуры:
- а) Узлового образования однородной;
 - б) Округлого гиперэхогенного образования неоднородной;
 - в) Солидного образования гетерогенной;
 - г) Округлого анэхогенного образования однородной структуры.

12. Почему врачу любой специальности важно знать о почечно-клеточном раке?
- а) На его долю приходится от 2 до 3 % от всех злокачественных новообразований, а также он является наиболее летальным из распространенных урологических видов опухолей;
 - б) На его долю приходится от 5 до 9 % от всех злокачественных новообразований, а также он является самым доброкачественным из распространенных урологических видов опухолей;
 - в) На его долю приходится от 7 до 10 % от всех злокачественных новообразований.
13. Основным фактором риска развития почечно-клеточного рака является:
- а) Потребление пищи с большим количеством животных жиров;
 - б) Применение антигипертензивных препаратов;
 - в) Радиационная терапия;
 - г) Табакокурение.
14. Наиболее информативным методом диагностики снижения функции почек при почечно-клеточном раке является:
- а) Фармакоультразвуковое исследование;
 - б) Компьютерная томография;
 - в) Нефросцинтиграфия;
 - г) Магнитно-резонансная томография.
15. Химиотерапия в отношении почечно-клеточного рака:
- а) Неэффективна;
 - б) Доказана эффективность;
 - в) Эффективность превосходит хирургическое лечение;
 - г) Ни одного из вышеперечисленного.
16. Что такое уротелиальные опухоли почечной лоханки и мочеточника?
- а) Врожденная аномалия развития;
 - б) Злокачественная опухоль;
 - в) Доброкачественное образование.
17. К клиническим симптомам переходно-клеточного рака ВМП относится:
- а) Макрогематурия;
 - б) Гематоспермия;
 - в) Боль в боку;
 - г) Макрогематурия; Боль в боку.
18. К инструментальному исследованию, играющему значительную роль в диагностике опухолей лоханки и мочеточника, относится:
- а) Компьютерная томография с урографией;
 - б) Ультразвуковое исследование;
 - в) Обзорная рентгенография;
 - г) Урофлоуметрия.
19. Диагностическая уретероскопия позволяет:
- а) Радикально вылечить пациента;
 - б) Селективно взять материал для цитологического исследования;
 - в) Выполнить биопсию образования;
 - г) Селективно взять материал для цитологического исследования; Выполнить биопсию образования.

20. При радикальной нефруретерэктомии следует выполнить:
- Удаление мочеточника до устья;
 - Максимально низко перевязывать мочеточник;
 - Резекцию стенки мочевого пузыря;
 - ТУР опухоли мочевого пузыря.
21. К факторам риска развития рака мочевого пузыря относится/-ятся:
- Потребление пищи с большим количеством клетчатки;
 - Проживание в южных регионах;
 - Курение;
 - Ожирение.
22. На какие 2 группы подразделяется рак мочевого пузыря:
- Мышечно-неинвазивный и мышечно-инвазивный;
 - Острый и хронический;
 - Метастатический и локально нераспространенный;
 - Ничего из вышеперечисленного
23. К основным жалобам пациента при раке мочевого пузыря относится:
- Примесь крови в моче;
 - Учащенное, малыми порциями мочеиспускание;
 - Боль в боку;
 - Примесь крови в моче; Учащенное, малыми порциями мочеиспускание.
24. «Золотой» стандарт диагностики рака мочевого пузыря:
- Цитологическое исследование мочи;
 - Двухстаканная проба;
 - В. Посев мочи;
 - Трансуретральная резекция мочевого пузыря с биопсией.
25. Перечислите основные факторы риска рака предстательной железы:
- Генетический анамнез;
 - Воздействие солнечных лучей;
 - Физическая нагрузка;
 - Стресс;
 - Расовая принадлежность.
26. Основным способом скрининга рака простаты является:
- Определение уровня ПСА в крови;
 - Трансабдоминальное ультразвуковое исследование;
 - Трансректальное ультразвуковое исследование;
 - Магнитно-резонансная томография органов малого таза.
27. Перечислите обследования, выполняемые с целью диагностики рака предстательной железы:
- Биопсия предстательной железы;
 - Цистоскопия;
 - МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием;
 - Цитологическое исследование мочи.
28. Какие существуют дополнительные методы обследования при раке предстательной железы?
- Остеосцинтиграфия;
 - Уретроцистоскопия;
 - ПЭТ/КТ с Ga68-PSMA;

d) УЗИ органов мошонки.

29. Перечислите основные методы лечения рака предстательной железы:

- a) Радикальная простатэктомия;
- b) Позадилонная аденомэктомия;
- c) Брахитерапия;
- d) БЦЖ-терапия;
- e) Гормон-терапия.

30. Что такое брахитерапия?

- a) Метод хирургического лечения рака предстательной железы, заключающийся в ее полном удалении;
- b) Внутритканевая лучевая терапия, заключающаяся во введении (имплантации) радиоактивных источников в ткань предстательной железы;
- c) Метод воздействия сфокусированного ультразвука высокой интенсивности на ткань предстательной железы.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Контрольные вопросы (УК-3.1., ОПК-4.2., ПК-2.4.)

1. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Методы диагностики и принципы лечения колоректального рака.
2. Рак ободочной кишки. Этиология. Классификация. Клиническая картина. Особенности метастазирования. Методы диагностики и лечения.
3. Рак поджелудочной железы. Классификация. Особенности клинической картины. Принципы диагностики и лечения. Возможные осложнения. Прогноз.
4. Рак желудка. Этиология. Классификация. Патологоанатомическая характеристика. Клиническая картина. Методы диагностики. Принципы лечения. Пути метастазирования.
5. Предраковые заболевания ободочной кишки. Классификация, клиническая картина, методы диагностики и лечения.
6. Лучевая семиотика внутримозговых опухолей головного мозга
7. Лучевая семиотика внемозговых (менингиом) опухолей головного мозга
8. Лучевая семиотика опухолей глаза
9. Лучевая семиотика опухолей глазницы
10. Дифференциальная лучевая диагностика доброкачественных и злокачественных опухолей околоносовых пазух
11. Лучевая семиотика злокачественных опухолей легких
12. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей легких
13. Лучевая семиотика опухолей плевры
14. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей ЖКТ
15. Лучевая семиотика злокачественных опухолей ЖКТ
16. Лучевая семиотика опухолей печени
17. Лучевая семиотика опухолей поджелудочной железы
18. Дифференциальная лучевая семиотика опухолей поджелудочной железы
19. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей женских половых органов
20. Лучевая семиотика злокачественных опухолей женских половых органов
21. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей простаты
22. Лучевая семиотика злокачественных опухолей простаты
23. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей костей
24. Лучевая семиотика доброкачественных опухолей
25. Лучевая семиотика метастатических опухолей костей
26. Опухоли паренхимы почки. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
27. Опухоли верхних мочевых путей. Этиология, классификация, диагностика и лечение.

28. Рак мочевого пузыря. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
29. Рак предстательной железы. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
30. Рак предстательной железы. Классификация, дифференциальная диагностика.
31. Опухоли яичка. Этиология, классификация, диагностика и лечение.
32. Рак предстательной железы. Лечение локализованного рака предстательной железы.
33. Опухоли лоханки и мочеточника. Лечение. Виды операций, показания, противопоказания.
34. Опухоли паренхимы почки. Лечение локализованного почечно-клеточного рака.
35. Рак предстательной железы. Биопсия предстательной железы, виды. Показания, противопоказания.

Тестовые задания (УК-3.1., ОПК-4.2., ПК-2.4.)

1. При раннем раке желудка
 - a) специфические симптомы отсутствуют
 - b) имеются специфические симптомы заболевания
 - c) симптомы представлены симптомами того заболевания, на фоне которого возник рак желудка
 - d) "синдром малых признаков" является ранним клиническим проявлением рака желудка
2. Заподозрить малигнизацию язвы желудка позволяют следующие признаки
 - a) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре
 - b) длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
 - c) снижение кислотности желудочного сока
 - d) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре; длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей
 - e) размеры язвенной ниши более двух см в диаметре; длительное существование язвенной ниши или ее увеличение при одновременном стихании характерных для язвенной болезни болей; снижение кислотности желудочного сока
3. Метастаз Крукенберга следует расценивать
 - a) как гематогенный
 - b) как имплантационный
 - c) как ортоградный лимфогенный
 - d) как ретроградный лимфогенный
 - e) как имплантационный; как ретроградный лимфогенный
4. При раке поджелудочной железы практически любой орган может быть поражен метастазами, но обычно в первую очередь поражаются
 - a) легкие
 - b) кости
 - c) печень
 - d) надпочечники
5. Экзофитный тип роста опухоли наиболее часто встречается при раке
 - a) слепой и восходящего отдела ободочной кишки
 - b) поперечно-ободочной кишки
 - c) нисходящего отдела
 - d) сигмовидной кишки
 - e) определенной зависимости типа роста опухоли от ее локализации не выявлено
6. Токсико-анемическая форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли

- a) в правых отделах ободочной кишки
- b) в поперечно-ободочной кишке
- c) в нисходящей кишке
- d) в сигмовидной кишке
- e) в правых отделах ободочно кишки, в поперечно-ободочной кишке, в нисходящей кишке,
- f) в сигмовидной кишке встречается с одинаковой частотой

7. Обтурационная форма клинического течения рака ободочной кишки наиболее часто встречается при локализации опухоли

- a) в правых отделах ободочной кишки
- b) поперечно-ободочной кишке
- c) в нисходящей кишке
- d) в сигмовидной кишке
- e) в нисходящей кишке; в сигмовидной кишке

8. К группам повышенного риска развития рака толстого кишечника следует относить лиц, страдающих

- a) неспецифическим язвенным колитом
- b) грануломатозным колитом (болезнь Крона)
- c) полипами кишечника
- d) семейным диффузным полипозом
- e) неспецифическим язвенным колитом; грануломатозным колитом (болезнь Крона);
- f) полипами кишечника; семейным диффузным полипозом

9. Положительная реакция на а-фетопропротеин чаще бывает

- a) при первичном раке печени
- b) при метастатическом раке печени
- c) при доброкачественных опухолях печени
- d) при первичном раке печени; при метастатическом раке печени
- e) положительная реакция на а-фетопропротеин не характерна для опухолевых поражений печени

10. Эндоскопическая полипэктомия допустима, если при гистологическом исследовании биопсийного материала из верхушки полипа обнаружены признаки малигнизации, в случае

- a) старческого возраста больного и тяжелой сопутствующей патологии в стадии декомпенсации
- b) полипа "на ножке" и при гистологическом исследовании ножки полипа признаков малигнизации в ней не обнаружено
- c) возможности динамического контроля (эндоскопического) за больным
- d) только сочетания всех перечисленных выше ситуаций
- e) эндоскопическая полипэктомия недопустима

11. Простая киста почки при ультразвуковом исследовании визуализируется в виде _____ структуры:

- a) Узлового образования однородной;
- b) Округлого гиперэхогенного образования неоднородной;
- c) Солидного образования гетерогенной;
- d) Округлого анэхогенного образования однородной структуры.

12. Почему врачу любой специальности важно знать о почечно-клеточном раке?

- a) На его долю приходится от 2 до 3 % от всех злокачественных новообразований, а также он является наиболее летальным из распространенных урологических видов опухолей;

- b) На его долю приходится от 5 до 9 % от всех злокачественных новообразований, а также он является самым доброкачественным из распространенных урологических видов опухолей;
- c) На его долю приходится от 7 до 10 % от всех злокачественных новообразований.

13. Основным фактором риска развития почечно-клеточного рака является:

- a) Потребление пищи с большим количеством животных жиров;
- b) Применение антигипертензивных препаратов;
- c) Радиационная терапия;
- d) Табакокурение.

14. Наиболее информативным методом диагностики снижения функции почек при почечно-клеточном раке является:

- a) Фармакоультразвуковое исследование;
- b) Компьютерная томография;
- c) Нефросцинтиграфия;
- d) Магнитно-резонансная томография.

15. Химиотерапия в отношении почечно-клеточного рака:

- a) Неэффективна;
- b) Доказана эффективность;
- c) Эффективность превосходит хирургическое лечение;
- d) Ни одного из вышеперечисленного.

16. Что такое уротелиальные опухоли почечной лоханки и мочеточника?

- a) Врожденная аномалия развития;
- b) Злокачественная опухоль;
- c) Доброкачественное образование.

17. К клиническим симптомам переходно-клеточного рака ВМП относится:

- a) Макрогематурия;
- b) Гематоспермия;
- c) Боль в боку;
- d) Макрогематурия; Боль в боку.

18. К инструментальному исследованию, играющему значительную роль в диагностике опухолей лоханки и мочеточника, относится:

- a) Компьютерная томография с урографией;
- b) Ультразвуковое исследование;
- c) Обзорная рентгенография;
- d) Урофлоуметрия.

19. Диагностическая уретероскопия позволяет:

- a) Радикально вылечить пациента;
- b) Селективно взять материал для цитологического исследования;
- c) Выполнить биопсию образования;
- d) Селективно взять материал для цитологического исследования; Выполнить биопсию образования.

20. При радикальной нефруретерэктомии следует выполнить:

- a) Удаление мочеточника до устья;
- b) Максимально низко перевязывать мочеточник;
- c) Резекцию стенки мочевого пузыря;

d) ТУР опухоли мочевого пузыря.

21. К факторам риска развития рака мочевого пузыря относится/-ятся:

- a) Потребление пищи с большим количеством клетчатки;
- b) Проживание в южных регионах;
- c) Курение;
- d) Ожирение.

22. На какие 2 группы подразделяется рак мочевого пузыря:

- a) Мышечно-неинвазивный и мышечно-инвазивный;
- b) Острый и хронический;
- c) Метастатический и локально нераспространенный;
- d) Ничего из вышеперечисленного

23. К основным жалобам пациента при раке мочевого пузыря относится:

- a) Примесь крови в моче;
- b) Учащенное, малыми порциями мочеиспускание;
- c) Боль в боку;
- d) Примесь крови в моче; Учащенное, малыми порциями мочеиспускание.

24. «Золотой» стандарт диагностики рака мочевого пузыря:

- a) Цитологическое исследование мочи;
- b) Двухстаканная проба;
- c) В. Посев мочи;
- d) Трансуретральная резекция мочевого пузыря с биопсией.

25. Перечислите основные факторы риска рака предстательной железы:

- a) Генетический анамнез;
- b) Воздействие солнечных лучей;
- c) Физическая нагрузка;
- d) Стресс;
- e) Расовая принадлежность.

26. Основным способом скрининга рака простаты является:

- a) Определение уровня ПСА в крови;
- b) Трансабдоминальное ультразвуковое исследование;
- c) Трансректальное ультразвуковое исследование;
- d) Магнитно-резонансная томография органов малого таза.

27. Перечислите обследования, выполняемые с целью диагностики рака предстательной железы:

- a) Биопсия предстательной железы;
- b) Цистоскопия;
- c) МРТ органов малого таза с внутривенным контрастированием;
- d) Цитологическое исследование мочи.

28. Какие существуют дополнительные методы обследования при раке предстательной железы?

- a) Остеосцинтиграфия;
- b) Уретроцистоскопия;
- c) ПЭТ/КТ с Ga68-PSMA;
- d) УЗИ органов мошонки.

29. Перечислите основные методы лечения рака предстательной железы:

- a) Радикальная простатэктомия;

- b) Позадилонная аденомэктомия;
- c) Брахитерапия;
- d) БЦЖ-терапия;
- e) Гормон-терапия.

30. Что такое брахитерапия?

- a) Метод хирургического лечения рака предстательной железы, заключающийся в ее полном удалении;
- b) Внутритканевая лучевая терапия, заключающаяся во введении (имплантации) радиоактивных источников в ткань предстательной железы;
- c) Метод воздействия сфокусированного ультразвука высокой интенсивности на ткань предстательной железы.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «**Онкологическая настороженность**»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция - в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;

- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.

- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;

- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);

- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловые вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемым, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь со смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию, формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как теоретика

и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы».

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность «среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать ряд особенных, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую

характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять, на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции, следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общая закономерность и на ее основе подлежит анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разного рода тезисными записями и планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению

лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучаемых.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

- рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;
- методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

- Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

- заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;
- досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;
- самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, самостоятельности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой обучающимся к

данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общих и профессиональных компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

– репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

– активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

– интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

– разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

– максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

– использование бланков документов, инструктивных материалов;

– наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

– чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);

- составление плана текста;
- графическое изображение структуры текста;
- составление электронной презентации;
- конспектирование текста;
- подготовка выписок из текста;
- работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;

- научно-исследовательская работа;
- использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

– работа с конспектом лекций;

– работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);

- составление плана и тезисов ответа;
- составление таблиц для систематизации учебного материала;
- изучение нормативных материалов;
- ответы на контрольные вопросы;
- аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);
- заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;
- подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;
- подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;
- составление резюме;
- написание истории болезни;
- составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

- решение задач и упражнений по образцу;
- решение вариативных задач и упражнений;
- отработка манипуляций;
- выполнение расчетно-графических работ;

- решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;
- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовок каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

3. Составление конспектов

Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

– **плановый**. При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.

– **тематический конспект**, является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.

– **текстуальный конспект**, представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.

– **свободный конспект**, включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;

2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;

3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;

4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

– композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;

– отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;

– язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;

– аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.

2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата (читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, познакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

1) по полноте изложения:

- информативные (рефераты-конспекты);
- индикативные (рефераты-резюме);

2) по количеству реферируемых источников:

- монографические;
- обзорные;

3) по читательскому назначению:

- общие;
- ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;
- специализированные;
- ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.
2. Содержание.
3. Введение.
4. Основная часть.
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, курация больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и

пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начало до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;
- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования,

приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздкие, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишённого эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределённо-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылкам на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объем заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объем работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объем могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объем не включаются.*

Цвет шрифта – черный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, черного цвета, одинаковым по всему объему текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нем не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела, разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела, 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков не допускается:

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак «Ø» для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например > (больше), < (меньше), = (равно), ≤ (меньше или равно), ≥ (больше или равно), ≠ (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставиться неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не умещается в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;
- перед скобками и после них: (a+b)(d+c);

Косой крест (x) в качестве знака умножения ставиться:

- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1). Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзацного отступа.

Например:

$$W=wgkc, \quad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;

k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;

c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;

– цитирование должно быть полным, без искажения смысла;

– пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

- Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);
- указы Президента РФ (в той же последовательности);
- постановления Правительства РФ (в той же очередности);
- иные нормативные правовые акты;
- иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);
- монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);
- иностранная литература;
- интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

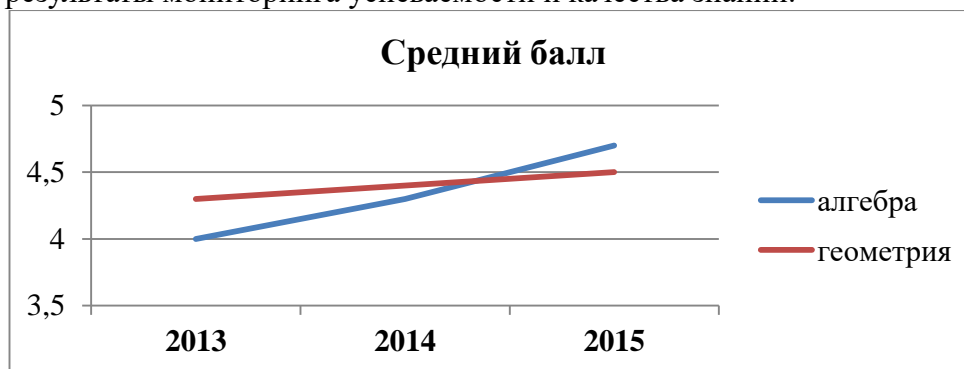


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеоларную группы пучков волокон (Рис. 5).

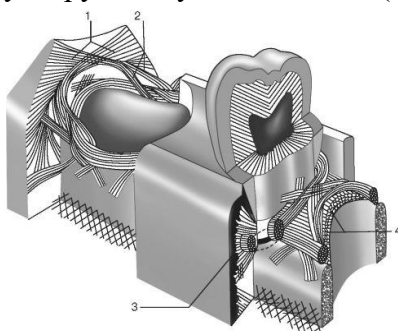


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование направленности)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	2
Занятия лекционного типа	6 час.
Занятия семинарского типа	24 час.
В том числе:	
Семинар-практикум	24 час.
Всего аудиторной работы	30 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	42 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/2 (час./ зач. ед.)

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа дисциплины «Лучевая диагностика в оториноларингологии» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 99 от 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Петрова Наталья Николаевна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Соловьева Анна Михайловна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа «Лучевая диагностика в оториноларингологии» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Рабочая программа дисциплины «Лучевая диагностика в оториноларингологии» рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Рабочая программа дисциплины «Лучевая диагностика в оториноларингологии» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология, с учётом профессионального стандарта и трудовыми функциями, сферами и видами будущей профессиональной деятельности врача-детского эндокринолога (профессиональный стандарт "Врач-оториноларинголог", утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г).

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: формирование профессиональных теоретических и практических навыков и знаний о возможностях методов лучевой диагностики и лечении заболеваний или патологических состояний ЛОР-органов, видах и способах получения изображений, физических основах формирования изображений, влиянии различных видов ионизирующих излучений при лечении новообразований, а также ряда неопухолевых процессов, создающие основу для полноценной дальнейшей подготовки специалиста в освоении последующих дисциплин и в профессиональной деятельности.

Задачи изучения дисциплины:

1. Изучение студентами физических основ ионизирующих и неионизирующих излучений, применяемых для диагностических целей; принципов формирования изображения с помощью различных видов излучений;
2. Изучение методов и принципов обследования пациента лучевыми методами;
3. Изучение нормальной лучевой анатомии человека;
4. Оценка состояния пациента на основании получения статических и динамических картин;
5. Формирование у студентов основ клинического мышления на основании анализа лучевых изображений;
6. Формирование профессиональных навыков обследования пациента с применением лучевых методов исследования, для выявления симптомов и синдромов основных заболеваний органов и систем.
7. Изучение принципов радиационной онкологии, клинико-биологических основ лучевого лечения опухолей, реакции организма на лечебное лучевое воздействие.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Лучевая диагностика в оториноларингологии» относится к Блоку 1, Части, формируемой участниками образовательных отношений, блоку «Элективные дисциплины. Профессиональный модуль».

- Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана:
 - «Оториноларингология»
 - «Обучающий симуляционный курс»
- Дисциплина обеспечивает изучение последующих практик учебного плана:
 - «Клиническая практика»

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальных компетенций	Код и наименование индикатора достижения универсальных компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	ТЗ, КВ, СЗ

Общепрофессиональные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Код и наименование индикатора достижения общепрофессиональной компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1. Использует медицинские информационные системы (МИС) в профессиональной деятельности, соблюдает правила информационной безопасности	ТЗ, КВ, СЗ
	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и проводит осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	ТЗ, КВ, СЗ
		ОПК-4.2. Знает этиопатогенез, патоморфологию, классификацию, патологические состояния, симптомы, синдромы, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояний и формулирует диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)	
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.	ОПК-9.1. Составляет план работы и отчет о своей работе.	ТЗ, КВ, СЗ	

Профессиональные компетенции

Область Сфера профессионал ьной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Оценочные средства
Тип задач профессиональной деятельности: Научно-исследовательский			
Образование и наука	ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	ПК-2.2. Проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	ТЗ, КВ, СЗ
		ПК-2.3. Применяет современные компьютерные технологии при представлении результатов новых разработок	ТЗ, КВ, СЗ
Тип задач профессиональной деятельности: Медицинская деятельность			
Здравоохранен ие	ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза	ПК-4.1. Интерпретирует и анализирует информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	ТЗ, КВ, СЗ
		ПК-4.2. Оценивает анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа; применяет методы исследования при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	ТЗ, КВ, СЗ

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи*

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	30	30
Из них:		
Занятия лекционного типа	6	6
Занятия семинарского типа	24	24
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	42	42
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	72	72
 часы	72	72
 зач. ед.	2	2
Из них на практическую подготовку в час.*	16	16

– ПА – промежуточная аттестация

– **Практическая подготовка (ПП)* - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы

–

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в % либо в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 2					
Раздел 1. Основы рентгенологических исследований.	3	12	21	36	8,5
Раздел 2. Лучевая диагностика заболеваний головы и шеи	3	12	21	36	8,5
ИТОГО	6	24	42	72	17

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 70 % от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа.

4.3. Тематический план лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия
Курс 2					
Раздел 1. Основы рентгенологических исследований.					
1.	1.1. Основы формирования лучевого изображения. Построение заключения лучевого исследования	1	Особенности формирования лучевого изображения. Основы лучевой скиалогии. Этапы анализа лучевого изображения. Схемы и приемы анализа. Лучевые симптомы и синдромы. Синтез клинико-лучевых данных. Топический диагноз. Качественный диагноз. Диагностика осложнений. Составление протокола лучевого исследования и формулировка заключения. Варианты заключений лучевого исследования.	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4	мультимедийная аппаратура, презентации
2.	1.2. Закономерности формирования рентгеновского изображения.	1	Образование рентгеновского изображения в пучке. Влияние физических свойств объекта на изображение в пучке. Закон тенеобразования. Плотность различных сред тела. Возникновение контраста в изображении. Условия получения рентгеновского изображения. Размер рентгеновского изображения. Информативность рентгеновского изображения. Влияние дозы рентгеновского излучения на информативность изображения. Разрешающая способность системы. Зависимость основных параметров рентгеновского изображения (контрастность и объем деталей) от интенсивности и жесткости излучения.	УК-1, ОПК-1, ОПК-9 ПК-2	мультимедийная аппаратура, презентации
3.	1.3. Методы получения рентгеновского изображения. Цифровые медицинские изображения.	1	Рентгеноскопия. Преимущества и недостатки. Рентгенография. Факторы, влияющие на качество рентгенограмм. Рентгенография мягким и жестким излучением. Рентгенография с прямым увеличением. Томография. Принцип и способы получения послойного изображения. Компьютерная томография. Флюорография. Ангиографические комплексы. Основы формирования цифровых изображений. Понятие пиксела. Цифровые приемники-преобразователи рентгеновского излучения. Устройства для оцифровки рентгеновских снимков. Программы обработки изображений и автоматизированные экспертные системы. Методы автоматизации подготовки заключений по результатам исследований. Система архивирования и передачи цифровых изображений отделения лучевой диагностики. Стандарт представления медицинских изображений и сопутствующей информации	УК-1, ОПК-1, ОПК-9 ПК-2	мультимедийная аппаратура, презентации
6.	Раздел 2. Лучевая диагностика заболеваний головы и шеи				

7.	2.1. Методики исследования Лучевая анатомия и физиология	1	<p>Методика рентгенологического исследования черепа. Методики лучевой диагностики заболеваний головного мозга. Рентгеновская компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография. Ультразвуковое исследование. Лучевые методики исследования уха, височной кости, носа, носоглотки, околоносовых пазух. Лучевые методики исследования гортани.</p> <p>Анатомия черепа. Анатомия и элементы физиологии головного мозга. Анатомия ликворных пространств и крупных сосудов мозга. Анатомия черепных нервов. Обызвествления нормальных анатомических образований в полости черепа. Анатомия уха. Височная кость. Наружное ухо. Элементы среднего уха. Элементы внутреннего уха. Анатомия носа, носоглотки и околоносовых пазух. Анатомия полости носа. Анатомия носоглотки. Понятия о рентгеноанатомии рото- и гортаноглотки. Анатомия околоносовых пазух. Варианты развития и пневматизации пазух. Возрастные закономерности носа, носоглотки и околоносовых пазух. Анатомия глаза и глазницы. Анатомия зубов и челюстей. Анатомия и рентгенофизиология гортани. Гортаноглотка. Основные мышцы, связки, складки, гортанные желудочки. Подскладочное пространство. Возрастные закономерности и половые особенности гортани. Изменения элементов гортани при функциональных пробах.</p>	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4	мультимедийная аппаратура, презентации
8.	2.2. Заболевания уха. Заболевания носа, носоглотки и околоносовых пазух.	1	<p>Аномалии развития уха. Классификация аномалий. Воспалительные заболевания уха. Наружный отит. Острый средний отит. Хронический средний отит. Мастоидит. Специфические воспалительные поражения уха. Исход воспалительных заболеваний уха. Осложнения среднего гнойного отита. Холестеатома. Гиперостоз элементов внутреннего уха. Лабиринтит и фистула полукружных каналов. Отосклероз. Петрозит. Опухоли уха. Оперированное ухо. Виды операций и особенности их рентгенологической картины. Травматические повреждения уха. Особенности переломов пирамиды височной кости. Внутричерепные осложнения. Инородные тела наружного слухового прохода и барабанной полости.</p> <p>Аномалии носа и носоглотки. Атрезия хоан. Хронический ринит. Аллергические и вазомоторные состояния. Доброкачественные опухоли носа. Злокачественные опухоли носа. Заболевания околоносовых пазух. Аномалия развития пазух. Аномалии лицевого скелета. Острый воспалительный процесс в пазухах. Хронический воспалительный процесс в пазухах. Распространенное и локальное поражение пазух. Рубцовые изменения пазух. Кисты пазух и их виды. Мукопицеле. Гиперплазия слизистой и полипоз. Злокачественные новообразования пазух. Травматические повреждения носа, носоглотки и околоносовых пазух. Переломы костей лица. Огнестрельные повреждения. Инородные тела. осложнения травм</p>	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4	мультимедийная аппаратура, презентации

9.	2.3. Заболевания гортани.	1	Аномалии развития гортани. Воспалительные заболевания гортани. Хронический ларингит. Заглоточный абсцесс. Флегмона клетчатки шеи. Хондроперихондрит. Туберкулез. Сифилис. Опухоли гортани. Папиллома. Фиброма. Рак. Другие злокачественные опухоли. Прочие заболевания гортани. Склерома. Острые и хронические сужения аллергического характера. Сужения при общих (инфекционных) заболеваниях. Сужения как последствия различных поражений гортани. Кисты. Двигательные расстройства гортани. Локальные парезы. Травматические повреждения гортани. Изменения шейного отдела позвоночника при повреждениях гортани. Огнестрельные повреждения гортани. Ожоги. Инородные тела. Осложнения травм гортани.	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4	мультимедийная аппаратура, презентации
ИТОГО		6			

4.4. Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП **(% или час.)	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 2							
Раздел 1. Основы рентгенологических исследований.							
1	семинар-практикум	Основы формирования лучевого изображения.	4	70%	Особенности формирования лучевого изображения. Этапы анализа лучевого изображения. Лучевые симптомы и синдромы. Топический диагноз. Качественный диагноз. Диагностика осложнений.	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4	ТЗ, КВ, СЗ
2	семинар-практикум	Построение заключения лучевого исследования.	4	70%	Влияние физических свойств объекта на изображение в пучке. Закон тенеобразования. Возникновение контраста в изображении. Влияние дозы рентгеновского излучения на информативность изображения. Разрешающая способность системы.	УК-1, ОПК-1, ОПК-9 ПК-2	ТЗ, КВ, СЗ
3	семинар-практикум	Закономерности формирования рентгеновского изображения. Методы получения рентгеновского изображения.	4	70%	Рентгеноскопия. Рентгенография. Факторы, влияющие на качество рентгенограмм. Томография. Принцип и способы получения послойного изображения. Компьютерная томография. Флюорография. Ангиографические комплексы. Основы формирования цифровых изображений.	УК-1, ОПК-1, ОПК-9 ПК-2	ТЗ, КВ, СЗ

		Цифровые медицинские изображения.					
Раздел 2. Лучевая диагностика заболеваний головы и шеи							
4.	семинар-практикум	Заболевания уха	4	70%	Аномалии развития уха. Классификация аномалий. Воспалительные заболевания уха. Опухоли уха. Оперированное ухо. Виды операций и особенности их рентгенологической картины. Травматические повреждения уха. Особенности переломов пирамиды височной кости. Внутрочерепные осложнения. Инородные тела наружного слухового прохода и барабанной полости.	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4	ТЗ, КВ, СЗ
5.	семинар-практикум	Заболевания носа, носоглотки и околоносовых пазух.	4	70%	Аномалии носа и носоглотки. Атрезия хоан. Доброкачественные опухоли носа. Злокачественные опухоли носа. Аномалия развития пазух. Аномалии лицевого скелета. Распространенное и локальное поражение пазух. Рубцовые изменения пазух. Кисты пазух и их виды. Гиперплазия слизистой и полипоз. Злокачественные новообразования пазух. Травматические повреждения носа, носоглотки и околоносовых пазух. Переломы костей лица. Огнестрельные повреждения. Инородные тела. осложнения травм	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4	ТЗ, КВ, СЗ
6.	семинар-практикум	Заболевания гортани.	4	70%	Аномалии развития гортани. Опухоли гортани. Острые и хронические сужения аллергического характера. Сужения при общих (инфекционных) заболеваниях. Сужения как последствия различных поражений гортани. Кисты. Травматические повреждения гортани. Изменения шейного отдела позвоночника при повреждениях гортани. Огнестрельные повреждения гортани. Ожоги. Инородные тела. Осложнения травм гортани.	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4	ТЗ, КВ, СЗ
ИТОГО в час.			24	17			

* **Формы проведения занятий семинарского типа:** семинар, семинар-практикум, вебинар-семинар, коллоквиум, лабораторная работа, лабораторный практикум, симуляционное занятие, симуляционный практикум, клиническое занятие, практическое занятие, научно-практическое занятие, круглый стол, мастер-класс.

****Практическая подготовка (ПП)** - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.

*** **Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания

4.5 Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	Содержание самостоятельной работы	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства* * для текущего контроля
1.	Основы формирования лучевого изображения.	7	Подготовка к аудиторным занятиям. Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4	ТЗ, КВ, СЗ
2.	Построение заключения лучевого исследования.	7	Самостоятельное изучение отдельных вопросов по разделу. Подготовка к аудиторным занятиям. Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки.	УК-1, ОПК-1, ОПК-9 ПК-2	ТЗ, КВ, СЗ
3.	Закономерности формирования рентгеновского изображения. Методы получения рентгеновского изображения. Цифровые медицинские изображения.	7	Работа с учебной и научной литературой. Проработка учебного материала по конспектам лекций. Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки	УК-1, ОПК-1, ОПК-9 ПК-2	ТЗ, КВ, СЗ
4.	Заболевания уха	7	Самостоятельное изучение отдельных вопросов раздела. Изучение тестов и контрольных вопросов. Работа с учебной литературой.	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4	ТЗ, КВ, СЗ
5.	Заболевания носа, носоглотки и околоносовых пазух.	7	Работа с учебной и научной литературой. Проработка учебного материала по конспектам лекций. Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4	ТЗ, КВ, СЗ
6.	Заболевания гортани.	7	Подготовка к аудиторным занятиям. Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки.	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4	ТЗ, КВ, СЗ
ВСЕГО:		42			

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

6. Традиционные образовательные технологии
7. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
8. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1 Критерии оценивания для текущего контроля

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

«Не зачтено» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Фрагментарные знания. Путаница в терминах и понятиях.

«Зачтено» - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

Критерии оценивания при решении ситуационных задач:

«Не зачтено» - ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.

«Зачтено» - ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств * для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ТЗ, КВ, СЗ
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ТЗ, КВ, СЗ
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ТЗ, КВ, СЗ
ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	ТЗ, КВ, СЗ
ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза	ТЗ, КВ, СЗ

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – *зачет*.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	Тестовый контроль	ТЗ	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4
2 этап	Собеседование	КВ	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4

1. Тестирование. Тестовая база 110 заданий, из которых случайным образом выбирается 15 заданий, на которые студент должен дать ответ за 10 минут.

2. Собеседование по вопросам билета (2 вопроса в билете)

3. Время на подготовку 30 минут.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания		
	Выполнение тестовых заданий	Контрольные вопросы	Ситуационные задачи
Незачтено	70% и менее	Фрагментарные знания. На поставленные вопросы отвечает неправильно или неточно.	Фрагментарные знания. На поставленные вопросы отвечает неправильно или неточно.
Зачтено	Более 71%	Общие, но не структурированные знания. Ответы не точные и неполные.	Общие, но не структурированные знания. Ответы не точные и неполные.

Критерии оценки сформированности компетенций на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале.
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины.

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции или отдельные индикаторы достижения компетенции
ТЗ	<p>1. Наибольшую информацию о состоянии костей лицевого черепа дает рентгенограмма</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. в прямой передней проекции 2. в прямой задней проекции 3. в <u>носо-подбородочной проекции</u> 4. в боковой проекции <p>2. Наибольшую информацию о состоянии внутреннего уха дает</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. рентгенограмма черепа в проекции Шюллера 2. рентгенограмма черепа в проекции Майера 3. <u>рентгенограмма черепа в проекции Стенверса</u> 4. обзорная рентгенограмма черепа в прямой передней проекции <p>3. Оптимальной методикой для дифференциальной диагностики одонтогенной и внутрипазушной кисты является</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. томография черепа в аксиальной проекции 2. рентгеноскопия черепа в боковой проекции 3. ангиография 4. <u>контрастная гайморграфия</u> <p>4. Основной методикой выявления инородных тел гортаноглотки считается</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. контрастное исследование с бариевой взвесью 	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4

	<p>2. обзорная рентгеноскопия органов шеи 3. обзорная рентгенография шеи под контролем экране 4. <u>обзорная телерентгенография в боковые проекции</u></p> <p>5. К рентгенологическим симптомам аденоидов относятся</p> <p>1. дополнительная тень в полости носа 2. дополнительная тень в гортаноглотке 3. <u>дополнительная тень в носоглотке</u> 4. дополнительная тень в ротоглотке</p>	
СЗ	<p>У больного 28 лет жалобы на боль в области носа, деформацию наружного носа; 4 часа назад, во время игры в хоккей, клюшкой получил удар по носу. Было сильное носовое кровотечение, которое остановилось самостоятельно, сознание не терял, тошноты, рвоты не было.</p> <p>Объективно: спинка носа смещена вправо. Мягкие ткани наружного носа умеренно инфильтрованы, болезненны. В левой подглазничной области по боковой поверхности носа – гематома. При пальпации спинки носа определяется подкожная эмфизема. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована. В полости носа кровяные сгустки.</p> <p>Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование.</p> <p>Эталон ответа: Перелом костей носа со смещением. Перелом клеток решетчатого лабиринта. Рентгенография костей носа, ОНП.</p>	УК-1.3, ОПК-1.1, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ПК-2.2, ПК-2.3, ПК-4.1, ПК-4.2
КВ	<p>Аномалии развития носа.</p> <p>16. Атрезия хоан(ы) — врожденная (реже приобретенная) аномалия строения, проявляющаяся полным или частичным нарушением сообщения между одной или обеими половинами полости носа и носоглоткой.</p> <p>Классификация:</p> <ol style="list-style-type: none"> 1. Врожденная. 2. Посттравматическая. 3. Односторонняя. 4. Двусторонняя. 5. Мембранозная. 6. Костная. 7. Полная. 8. Частичная <p>Клинические признаки и симптомы. Ведущим признаком заболевания является нарушение носового дыхания различной степени выраженности. У новорожденного с двусторонней атрезией хоан могут возникать эпизоды асфиксии, особенно во время сна, когда его рот закрыт, а также во время кормления. Это объясняется тем, что новорожденные не могут дышать ртом, так как нёбная занавеска у них находится ниже уровня корня языка. Явления гипоксии проявляются цианозом, брадикардией и непостоянным ритмом дыхания, как с открытым, так и с закрытым ртом. Цианоз в данном случае носит парадоксальный характер, так как, в отличие от цианоза кардиогенного происхождения, он возникает в покое и уменьшается при нагрузке. Односторонняя атрезия обычно проявляется гнойными выделениями из одной половины носа. Врожденная атрезия хоан нередко сочетается с другими пороками развития: искривлением перегородки носа (ПН), расщелиной мягкого и/или твердого нёба, готическим нёбом. В ряде случаев комбинация пороков развития складывается в так называемый CHARGE-синдром (от англ. Coloboma, Heart disease, Atresia choanae, Retarded growth, Genital hypoplasia and Ear defects — синдром, включающий колобому радужки, порок сердца, атрезию хоан, замедленное физическое и психомоторное развитие, гипоплазию гениталий, аномалии строения наружного и среднего уха или глухоту).</p>	УК-1.3, ОПК-1.1, ОПК-4.1, ОПК-4.2, ПК-2.2, ПК-2.3, ПК-4.1, ПК-4.2

	<p>17. Фронтобазальная дизрафия — общее название группы врожденных аномалий развития костей, формирующих передний отдел основания черепа и пирамиду носа.</p> <p>ер, после перелома основания черепа).</p> <p><u>Классификация</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Дорсальные назальные фистулы. – Дермоидные кисты. – Фронтоназальные экстрацеребральные глиомы. – Мозговые грыжи. <p>Мозговые грыжи переднего отдела основания черепа подразделяют на две группы. Теменные грыжи располагаются в области переносья, лба или орбиты, тогда как базальные чаще находятся в верхних отделах полости носа, околоносовых пазухах (ОНП) или носоглотке.</p> <p><u>Клинические проявления и симптомы.</u></p> <p>Для дизрафий характерно наличие врожденных дефектов в области швов между костями, формирующими основание черепа (аналогично расщелине позвоночника в поясничном отделе), располагающихся по средней линии или близко к ней.</p> <p>6. Дорсальная назальная фистула состоит из свищевого хода, который выстлан ороговевающим плоским эпителием и образует точечное отверстие на спинке или кончике носа. Фистула может заканчиваться слепо или продолжаться в полость черепа, формируя сообщение с субарахноидальным пространством. Фистулы, оканчивающиеся слепо, обычно проявляются клинически только в подростковом или зрелом возрасте за счет воспаления свищевого хода и окружающих тканей. Если фистульный ход имеет сообщение с субарахноидальным пространством, это обычно приводит к развитию ликвореи и urgentным осложнениям, таким как менингит и абсцесс мозга.</p> <p>7. Носовые дермоидные кисты, также как и дорсальные носовые фистулы, выстланы ороговевающим плоским эпителием. Они располагаются по средней линии вдоль спинки носа или на боковых скатах пирамиды носа, там, где находятся терминальные мешотчатые отделы кист. Дермоидная киста может в редких случаях сочетаться с дорсальной назальной фистулой. В результате ее воспаления может происходить абсцедирование, которое иногда ошибочно принимают за абсцесс ПН.</p> <p>8. Мозговые грыжи (менинго-/энцефалоцеле) представляют собой выпячивания содержимого полости черепа через костный дефект в его основании. Выделяют несколько типов грыж в зависимости от тех структур, которые их формируют: менингоцеле (протрузия мягкой и паутинной мозговых оболочек), менингоэнцефалоцеле (мягкая и паутинная мозговые оболочки, и ткань мозга) и менингоэнцефалоцистоцеле (менингоцеле + элементы системы желудочков мозга). Теменные грыжи выглядят как пульсирующие мягкотканые образования в области переносья, часто в сочетании с расширенной спинкой носа и гипертелоризмом. Базальные мозговые грыжи обычно проявляются нарушением носового дыхания. При передней риноскопии они внешне похожи на полипы, но следует иметь в виду, что полипозный риносинусит (ПРС) относительно редко встречается в этой возрастной группе.</p>	
--	--	--

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложение 1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися

образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU»

(www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн МультиТран (<http://www.multitran.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

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

Основная литература:

1. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471968.html>
2. Справочник оториноларинголога / А. С. Лопатин, А. В. Варвянская, Г. Р. Каспранская. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459270.html>
3. Лучевая диагностика: учебное пособие / Е. Б. Илясова, М. Л. Чехонацкая, В. Н. Приезжева. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458778.html>

Дополнительная литература:

1. Кашель у детей. Клиническое руководство / Г. А. Самсыгина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455326.html>
2. Острые респираторные заболевания у детей / Самсыгина Г. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451052.html>
3. Наружный отит: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / Г.Н. Никифорова, В.М. Свистушкин, А.Н. Славский и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36346>
4. Носовое кровотечение: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / А.Н. Славский, В.М. Свистушкин, С.В. Старостина и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36348>
5. Травмы носа: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / Ю.Ю. Русецкий, В.М. Свистушкин и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36350>
6. Лучевая диагностика: учебник / под ред. Г. Е. Труфанова. - 3-е изд. , перераб. и доп. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2021.- Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462102.html>
7. Рентгенологические исследования в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / А. П. Аржанцев - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437735.html>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

1.1 Учебно-методические материалы* для обучающихся:

- Методические материалы для обучающихся по выполнению самостоятельной работы»: Методическое пособие для обучающихся в ординатуре/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2022

1.2 Учебно-методические материалы* для преподавателей:

- Методические материалы по дисциплине «Лучевая диагностика в оториноларингологии» для специальности 31.08.58 Оториноларингология / Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2023

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Лучевая диагностика в оториноларингологии» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работы обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Моногенные нарушения секреции инсулина» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа – укомплектована специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Лучевая диагностика в оториноларингологии» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Лучевая диагностика в оториноларингологии» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает:

1) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:

- размещение в местах, доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, в адаптивной форме справочной информации о расписании занятий;
 - присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
 - выпуск альтернативных форматов методических материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);
- 2) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:
 - надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации;
 - 3) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата:
 - возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях.

Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях.

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования, а также услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ЛУЧЕВАЯ ДИАГНОСТИКА В
ОТОРИНОЛАРИНГОЛОГИИ»

Специальность ординатуры	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач-оториноларинголог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**
по дисциплине «**ВЕСТИБУЛОПАТИИ**»

для специальности **31.08.58 Оториноларингология**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Основы рентгенологических исследований.	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4	ТЗ, КВ, СЗ
Раздел 2. Лучевая диагностика заболеваний головы и шеи	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4	ТЗ, КВ, СЗ

* виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ)

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.

ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности.

ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов.

ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала.

ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	
УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте	ТЗ, КВ, СЗ
ОПК-1.1. Использует медицинские информационные системы (МИС) в профессиональной деятельности, соблюдает правила информационной	ТЗ, КВ, СЗ
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	
ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и проводит осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	ТЗ, КВ, СЗ
ОПК-4.2. Знает этиопатогенез, патоморфологию, классификацию, патологические состояния, симптомы, синдромы, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояний и формулирует диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)	ТЗ, КВ, СЗ
ОПК-9.1. Составляет план работы и отчет о своей работе.	ТЗ, КВ, СЗ
ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	
ПК-2.2. Проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	ТЗ, КВ, СЗ
ПК-2.3. Применяет современные компьютерные технологии при представлении результатов новых разработок	ТЗ, КВ, СЗ

ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза	
ПК-4.1. Интерпретирует и анализирует информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	ТЗ, КВ, СЗ
ПК-4.2. Оценивает анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа; применяет методы исследования при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	ТЗ, КВ, СЗ

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Шкала и критерии оценивания результатов № 1

Оценка	Вид задания
	Контрольные вопросы
Незачтено	Фрагментарные знания. при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.
Зачтено	ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

Шкала и критерии оценивания результатов № 2

Оценка	Вид задания
	Выполнение тестовых заданий
Незачтено	70% и менее
Зачтено	Более 71%

Критерии оценки сформированности компетенции для промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет с оценкой.

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции и их индикаторы
Промежуточная аттестация № 1			
1 этап	Тестирование	ТЗ	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4
2 этап	Собеседование	КВ, СЗ	УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9 ПК-2, ПК-4

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

СЗ — ситуационные задачи

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

(проверяемые индикаторы компетенции -УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9, ПК-2, ПК-4):

1. Особенности формирования лучевого изображения. Основы лучевой сиалогии.
2. Этапы анализа лучевого изображения. Схемы и приемы анализа.
3. Лучевые симптомы и синдромы. Синтез клинико-лучевых данных.
4. Топический диагноз. Качественный диагноз. Диагностика осложнений.
5. Составление протокола лучевого исследования и формулировка заключения. Варианты заключений лучевого исследования.
6. Образование рентгеновского изображения в пучке. Влияние физических свойств объекта на изображение в пучке. Закон тенеобразования. Плотность различных сред тела. Возникновение контраста в изображении.
7. Условия получения рентгеновского изображения. Размер рентгеновского изображения. Информативность рентгеновского изображения.
8. Влияние дозы рентгеновского излучения на информативность изображения. Разрешающая способность системы. Зависимость основных параметров рентгеновского изображения (контрастность и объем деталей) от интенсивности и жесткости излучения.
9. Рентгеноскопия. Преимущества и недостатки.
10. Рентгенография. Факторы, влияющие на качество рентгенограмм. Рентгенография мягким и жестким излучением. Рентгенография с прямым увеличением.
11. Томография. Принцип и способы получения послойного изображения. Компьютерная томография.
12. Флюорография. Ангиографические комплексы.
13. Основы формирования цифровых изображений. Понятие пиксела. Цифровые приемники-преобразователи рентгеновского излучения. Устройства для оцифровки рентгеновских снимков. Программы обработки изображений и автоматизированные экспертные системы. Методы автоматизации подготовки заключений по результатам исследований. Система архивирования и передачи цифровых изображений отделения лучевой диагностики.
14. Стандарт представления медицинских изображений и сопутствующей информации
15. Методика рентгенологического исследования черепа. Методики лучевой диагностики заболеваний головного мозга. Рентгеновская компьютерная томография. Магнитно-резонансная томография. Ультразвуковое исследование. Лучевые методики исследования уха, височной кости, носа, носоглотки, околоносовых пазух. Лучевые методики исследования гортани.
16. Анатомия черепа. Анатомия и элементы физиологии головного мозга. Анатомия ликворных пространств и крупных сосудов мозга. Анатомия черепных нервов. Обызвествления нормальных анатомических образований в полости черепа.
17. Анатомия уха. Височная кость. Наружное ухо. Элементы среднего уха. Элементы внутреннего уха.
18. Анатомия носа, носоглотки и околоносовых пазух. Анатомия полости носа. Анатомия носоглотки. Понятия о рентгеноанатомии рото- и гортаноглотки.
19. Анатомия околоносовых пазух. Варианты развития и пневматизации пазух. Возрастные закономерности носа, носоглотки и околоносовых пазух.
20. Анатомия глаза и глазницы.
21. Анатомия зубов и челюстей.

22. Анатомия и рентгенофизиология гортани. Гортаноглотка. Основные мышцы, связки, складки, гортанные желудочки. Подскладочное пространство. Возрастные закономерности и половые особенности гортани. Изменения элементов гортани при функциональных пробах.
23. Аномалии развития уха. Классификация аномалий. Воспалительные заболевания уха. Наружный отит. Острый средний отит. Хронический средний отит. Мастоидит. Специфические воспалительные поражения уха. Исход воспалительных заболеваний уха. Осложнения среднего гнойного отита. Холестеатома. Гиперостоз элементов внутреннего уха. Лабиринтит и фистула полукружных каналов. Отосклероз. Петрозит. Опухоли уха. Оперированное ухо. Виды операций и особенности их рентгенологической картины.
24. Травматические повреждения уха. Особенности переломов пирамиды височной кости. Внутричерепные осложнения. Инородные тела наружного слухового прохода и барабанной полости.
25. Аномалии носа и носоглотки. Атрезия хоан. Хронический ринит. Аллергические и вазомоторные состояния. Доброкачественные опухоли носа. Злокачественные опухоли носа. Заболевания околоносовых пазух. Аномалия развития пазух. Аномалии лицевого скелета. Острый воспалительный процесс в пазухах. Хронический воспалительный процесс в пазухах. Распространенное и локальное поражение пазух. Рубцовые изменения пазух. Кисты пазух и их виды. Мукопиоцеле. Гиперплазия слизистой и полипоз. Злокачественные новообразования пазух. Травматические повреждения носа, носоглотки и околоносовых пазух.
26. Переломы костей лица. Огнестрельные повреждения. Инородные тела. осложнения травм
27. Аномалии развития гортани. Воспалительные заболевания гортани. Хронический ларингит. Заглочный абсцесс. Флегмона клетчатки шеи. Хондроперихондрит. Туберкулез. Сифилис. Опухоли гортани. Папиллома. Фиброма. Рак. Другие злокачественные опухоли. Прочие заболевания гортани. Склерома. Острые и хронические сужения аллергического характера. Сужения при общих (инфекционных) заболеваниях. Сужения как последствия различных поражений гортани. Кисты. Двигательные расстройства гортани. Локальные парезы.
28. Травматические повреждения гортани. Изменения шейного отдела позвоночника при повреждениях гортани. Огнестрельные повреждения гортани. Ожоги. Инородные тела. Осложнения травм гортани.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9, ПК-2, ПК-4)

001. Наибольшую информацию о состоянии канала зрительного нерва
дает рентгенограмма черепа
 - а) в носо-подбородочной проекции
 - б) в носо-лобной проекции
 - в) в прямой задней проекции
 - г) в косой проекции по Резе
002. Наибольшую информацию о состоянии костей лицевого черепа
дает рентгенограмма
 - а) в прямой передней проекции
 - б) в прямой задней проекции
 - в) в носо-подбородочной проекции
 - г) в боковой проекции
003. Наибольшую информацию при переломе боковой стенки глазниц
дает рентгенограмма

- а) в носо-подбородочной проекции
- б) в прямой задней проекции
- в) в носо-лобной проекции
- г) в аксиальной проекции

004. Для определения инородного тела глазницы следует выполнить рентгенограмму

- а) в прямой задней проекции
- б) в носо-лобной, задней и боковой проекциях
- в) в носо-подбородочной проекции
- г) в косой проекции по Резе

005. Наибольшую информацию

о соотношении костей краниовертебральной области дает рентгенограмма

- а) в прямой задней проекции
- б) в боковой проекции
- в) в прямой задней проекции
- г) в носо-подбородочной проекции

006. Наиболее важным рентгенологическим симптомов базиллярной импрессии является

- а) расположение зубовидного отростка второго шейного позвонка выше линий Мак-Грегера и Чемберлена на 6 мм и более
- б) уплощение базального угла в 140°
- в) углубление задней черепной ямки
- г) углубление передней черепной ямки

007. Наиболее информативной

в диагностике линейного перелома костей свода черепа являются

- а) обзорные (прямая и боковая) рентгенограммы
- б) прицельные касательные рентгенограммы
- в) прицельные контактные рентгенограммы
- г) прямые томограммы

008. Наиболее точную информацию

при вдавленном переломе костей свода черепа дает

- а) обзорная рентгенограмма в прямой и боковой проекции
- б) томограммы в прямой и боковой проекции
- в) прицельные контактные рентгенограммы
- г) прицельные касательные рентгенограммы

009. Наиболее часто переломы черепа бывают в области

- а) затылочной кости
- б) лобной кости
- в) височной кости
- г) клиновидной кости

010. Для выявления перелома костей основания черепа рекомендуется произвести

- а) обзорную рентгенограмму в боковой проекции
- б) обзорную рентгенограмму в аксиальной проекции
- в) обзорную рентгенограмму в прямой проекции
- г) обзорную рентгенограмму в лобно-носовой проекции

011. Принципы исследования больных при острой мозговой травме включают, в первую очередь, выполнение только
- а) обзорных рентгенограмм черепа в прямой и боковой проекциях
 - б) рентгенограмм черепа в аксиальной проекции
 - в) томограмм черепа
 - г) ангиографии
012. К вариантам переломов костей черепа относятся
- а) по типу "зеленой ветки"
 - б) поперечный
 - в) вдавленный
 - г) косой с расхождением отломков
013. Для выявления переломов лицевого скелета применяются
- а) задняя обзорная рентгенограмма
 - б) боковая обзорная рентгенограмма
 - в) аксиальная рентгенограмма
 - г) рентгенограмма в носо-подбородочной проекции
014. Предлежание венозного сигмовидного синуса лучше всего определяется в проекции
- а) обзорной боковой черепа
 - б) по Стенверсу
 - в) по Майеру
 - г) по Шюллеру
015. Гемосинус является косвенным симптомом
- а) острого синусита
 - б) травматического поражения костей черепа
 - в) хронического синусита
 - г) остеомы придаточных пазух носа
016. Продольный перелом пирамиды височной кости определяется на рентгенограммах
- а) в носо-лобной проекции
 - б) в проекции по Стенверсу
 - в) в проекциях по Шюллеру и Майеру
 - г) в обзорной прямой задней рентгенограмме черепа
017. Воздушная киста гортани (ларингоцеле) располагается
- а) в надгортаннике
 - б) в подскладочном отделе
 - в) в черпалонадгортанной складке и грушевидном синусе
 - г) в голосовых складках
018. Развитие верхнечелюстных пазух заканчивается
- а) к 5 годам
 - б) к 20 годам
 - в) к 25 годам
 - г) ко второму прорезыванию зубов
019. Наиболее информативной для исследования турецкого седла является

- а) рентгенограмма черепа в боковой проекции
- б) рентгенограмма черепа в затылочной проекции
- в) рентгенограмма черепа в лобно-носовой проекции
- г) рентгенограмма прицельная в боковой проекции

020. Нормальные сагиттальные размеры турецкого седла у взрослых составляют

- а) 3-6 мм
- б) 7-9 мм
- в) 9-14 мм
- г) 7-16 мм

021. Нормальные вертикальные размеры турецкого седла на рентгенограммах в боковой проекции составляют

- а) 5-7 мм
- б) 4-10 мм
- в) 7-12 мм
- г) 6-14 мм

022. К наиболее часто определяемым нормальным формам турецкого седла относятся

- а) колбовидная
- б) плоская
- в) овальная
- г) округлая

023. Возрастные особенности черепа включают

- а) состояние швов
- б) рисунок сосудистых борозд
- в) выраженность развития пальцевых вдавлений
- г) развитие выпускников

024. К обызвествлениям нормальных анатомических образований черепа относятся все перечисленные ниже, кроме

- а) шишковидной железы
- б) серповидного отростка
- в) диафрагмы турецкого седла
- г) сосудистых сплетений

025. Наиболее достоверным рентгенологическим признаком аденомы гипофиза является

- а) увеличение размеров турецкого седла
- б) остеопороз деталей седла
- в) повышенная пневматизация основной пазухи
- г) понижение пневматизации основной пазухи

026. Под термином "рельеф костей свода черепа" понимают

- а) рисунок венозных синусов
- б) рисунок артериальных борозд
- в) рисунок пальцевых вдавлений
- г) рисунок всех перечисленных выше образований

027. Наиболее информативной методикой исследования при черепной травме является

- а) краниография
- б) томография
- в) ангиография
- г) пневмоэнцефалография

028. К часто встречающимся доброкачественным опухолям свода черепа относятся

- а) остеома
- б) гемангиома
- в) остеохондрома
- г) киста

029. Характерными особенностями очагов деструкции черепа при миеломной болезни являются

- а) размытые контуры
- б) способность к слиянию
- в) отсутствие слияния
- г) мягкотканый компонент

030. Чаще всего метастазируют в кости черепа

- а) рак желудка
- б) злокачественные опухоли скелета
- в) рак легкого
- г) рак толстой кишки

031. Симптом вздутия костей свода черепа наблюдается

- а) при остеосаркоме
- б) при остеомиелите
- в) при остеоме
- г) при фиброзной дисплазии

032. Развитием периостальных изменений черепа сопровождается

- а) эпидермоид
- б) атерома
- в) остеосаркома
- г) остеома

033. Вздутие нижней челюсти характерно

- а) для одонтогенного остеомиелита
- б) для остеосаркомы
- в) для амелобластомы
- г) для одонтомы

034. Остеосклероз костей черепа характерен

- а) для остеомиелита
- б) для туберкулеза
- в) для гиперпаратиреоидной остеодистрофии
- г) для фиброзной дисплазии

035. Основным рентгенологическим симптомом миеломной болезни костей свода черепа является

- а) трабекулярный рисунок структуры костей
- б) множественные округлой формы

- и различной величины очаги деструкции
- в) утолщение костей свода
- г) очаги склероза

036. К рентгеновским признакам синдрома Моргани относятся

- а) утолщение наружной пластинки лобной кости
- б) утолщение диплоического слоя лобной кости
- в) утолщение внутренней костной пластинки лобной кости
- г) склероз всех слоев лобной кости

037. Изменения в костях свода черепа

при фиброзной деформирующей остеодистрофии сводятся

- а) к диффузному утолщению костей
- б) к ограниченному утолщению костей
- в) к очагам уплотнения структуры в сочетании с утолщением костей
- г) к округлым очагам деструкции

038. Изменения структуры костей основания черепа при фиброзной дисплазии сводятся

- а) к остеопорозу
- б) к остеосклерозу
- в) к деструкции
- г) к гиперостозу

039. Для гемангиомы костей свода черепа характерны

- а) ограниченный остеосклероз
- б) гиперостоз
- в) локальный остеопороз с грубоячеистой структурой
- г) распространенная ячеистость

040. При эпидермоидах костей черепа характерны

- а) нечеткие контуры
- б) четкие склеротические контуры
- в) изъеденные контуры
- г) утолщенные контуры

041. Наиболее достоверным рентгенологическим признаком внутричерепной гипертензии у ребенка является

- а) истончение костей свода
- б) расхождение швов
- в) углубление пальцевых вдавлений
- г) расширение каналов диплоических вен

042. Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом внутричерепной гипертензии у взрослого является

- а) углубление пальцевых вдавлений
- б) остеопороз структуры, уплощение турецкого седла
- в) расширение каналов диплоических вен
- г) расхождение швов

043. Характерным изменением для гемиатрофии головного мозга является

- а) истончение костей свода черепа
- б) утолщение костей свода черепа

- в) выбухание костей свода черепа
- г) деструкции костей свода черепа

044. Наибольшую информацию при опухоли слухового нерва дает проекция

- а) по Шюллеру
- б) по Майеру
- в) по Стенверсу
- г) обзорная рентгенограмма черепа у взрослых в прямой проекции

045. Гиперостозом костной пластинки черепа часто сопровождается

- а) менингиома
- б) астроцитомы
- в) глиобластома
- г) метастазы рака

046. Обызвествление является наиболее характерным

- а) для эозинофильной аденомы
- б) для глиомы дна III желудочка
- в) для краниофарингиомы
- г) для хромофобной аденомы

047. Очаг деструкции в костях свода может самопроизвольно исчезнуть

- а) при метастазе опухоли
- б) при миеломе
- в) при эозинофильной гранулеме
- г) при остеомиелите

048. Основным симптомом полного краниостеноза является

- а) деформация черепа
- б) истончение костей свода черепа
- в) усиление пальцевых вдавлений
- г) раннее закрытие швов

049. Наиболее характерным симптомом периферической менингиомы является

- а) очаг деструкции кости
- б) ограниченный склероз кости
- в) патологическое обызвествление
- г) ограниченный гиперостоз

050. Наиболее характерным симптомом краниофарингиомы является

- а) изменение формы и величины турецкого седла
- б) очаг деструкции кости
- в) изменение клиновидной пазухи
- г) патологическое обызвествление в области турецкого седла

051. Характерным симптомом первично-костной злокачественной опухоли костей свода черепа является

- а) очаг деструкции неправильной формы
- б) очаг склероза
- в) картина "спикулообразного периостита"
- г) мягкотканый компонент

052. К рентгенологическим симптомам врожденных черепно-мозговых грыж

относятся все симптомы, кроме

- а) округлого дефекта в срединной плоскости черепа
- б) дефекта с гладкими четкими контурами
- в) дефекта со склерозированными контурами
- г) округлого дефекта височной кости

053. К рентгеносемиотике гнойных воспалительных заболеваний черепа относятся

- а) множественные, округлые, мелкие очаги деструкции
- б) остеопороз и остеолит с некротическим участком
- в) диффузный склероз
- г) диффузный гиперостоз

054. Рентгенологическая картина метастазов в череп характеризуется чаще

- а) множественными очагами деструкции
- б) единичными очагами деструкции
- в) очагами склероза
- г) очагами гиперостоза

055. Изменения в костях черепа при гормональных нарушениях чаще характеризуются

- а) остеопорозом
- б) деструкцией
- в) гиперостозом
- г) склерозом

056. Причинами возникновения гидроцефалии чаще всего являются

- а) опухоль мозга
- б) воспалительные процессы
- в) врожденные состояния
- г) травмы

057. К симптомам, позволяющим дифференцировать первичное и вторичное поражение турецкого седла, относятся

- а) изменение размеров седла
- б) изменение формы седла
- в) деструкция элементов седла
- г) понижение прозрачности клиновидной пазухи

058. К рентгенологическим симптомам опухоли зрительного нерва относятся

- а) деструкция глазницы
- б) односторонний экзофтальм
- в) деструкция отверстия зрительного нерва
- г) деструкция основания черепа

059. Повышение внутричерепного давления сопровождается

- а) утолщением костей
- б) истончением костей свода черепа
- в) ранним закрытием швов
- г) поздним закрытием швов

060. Наиболее частой локализацией остеом черепа является

- а) лобная пазуха

- б) клетки решетчатого лабиринта
- в) затылочная кость
- г) верхнечелюстная пазуха

061. Наибольшую информацию о состоянии внутреннего уха дает
- а) рентгенограмма черепа в проекции Шюллера
 - б) рентгенограмма черепа в проекции Майера
 - в) рентгенограмма черепа в проекции Стенверса
 - г) обзорная рентгенограмма черепа в прямой передней проекции
062. Для выявления патологии среднего уха наибольшей разрешающей способностью обладают рентгенограммы черепа
- а) в проекциях Шюллера и Стенверса
 - б) в проекциях Майера и Стенверса
 - в) в проекциях Шюллера, Майера и Стенверса
 - г) в проекциях Шюллера и Майера
063. Оптимальным сочетанием проекций при обследовании больного с верхушечной формой мастоидита являются
- а) проекции Шюллера и Стенверса
 - б) проекции Шюллера и Майера
 - в) проекции Майера и Стенверса
 - г) обзорные рентгенограммы черепа в прямой и боковой проекциях
064. Типом строения сосцевидного отростка при патологии является
- а) пневматический
 - б) склеротический
 - в) диплоический
 - г) смешанный
065. Наиболее частым осложнением хронического гнойного отита является
- а) синусит
 - б) холестеатома
 - в) невринома
 - г) евстахиит
066. Кайма остеосклероза по стенкам костного дефекта в среднем ухе наблюдается
- а) при раке височной кости
 - б) при холестеатоме
 - в) при невриноме слухового нерва
 - г) при остеоме
067. К признакам, патогномичным для ушной холестеатомы относятся
- а) деструкция слуховых косточек
 - б) деструкция верхне-задней стенки наружного слухового прохода
 - в) округлой формы костный дефект в аттико-антральной области
 - г) фистула наружного полукружного канала
068. При хроническом среднем отите преобладает
- а) пневматическая структура сосцевидного отростка
 - б) склеротическая структура сосцевидного отростка
 - в) диплоическая структура сосцевидного отростка

г) смешанная структура сосцевидного отростка

069. Для выявления врожденных аномалий среднего и внутреннего уха показана

- а) обзорная рентгенография черепа
- б) рентгенография черепа в проекциях Майера и Шюллера
- в) контрастное рентгенологическое исследование уха
- г) компьютерная томография

070. Для рентгенодиагностики лабиринта и фистулы наружного полуокружного канала необходимы

- а) рентгенограммы в проекции Шюллера
- б) рентгенограммы в проекции Майера
- в) рентгенограммы в проекции Стенверса
- г) обзорная рентгенограмма черепа в боковой проекции

071. Рентгеносемиотика опухоли внутреннего уха (невриномы) включает

- а) склероз пирамиды
- б) расширение внутреннего слухового прохода
- в) пороз пирамиды
- г) сужение внутреннего слухового прохода

072. К симптомам отосклероза относятся

- а) склероз височной кости
- б) пороз височной кости
- в) уплотнение костного лабиринта внутреннего уха с очагами разрежения
- г) деструкция пирамиды

073. Рентгенологическая картина оперированного уха (после радикальной операции) выявляет

- а) отсутствие части пирамиды
- б) дефект верхней части "пещеры"
- в) дефект кости в аттико-антральной области
- г) дефект части ушной раковины

074. Причиной мастоидита может быть все, кроме

- а) среднего отита
- б) наружного отита
- в) травмы
- г) отосклероза

075. Наибольшую информацию о состоянии

практически всех придаточных пазух носа дают

- а) обзорные рентгенограммы черепа в прямой и боковой проекциях
- б) прямая рентгенограмма черепа в лобно-носовой проекции
- в) передняя рентгенограмма черепа в носо-подбородочной проекции
- г) рентгенограмма черепа в передней подбородочной проекции

076. Оптимальной проекцией для выявления клеток решетчатого лабиринта является

- а) обзорная рентгенограмма черепа в боковой проекции
- б) косая рентгенограмма лицевого скелета в проекции по Резе
- в) косая рентгенограмма черепа в носо-подбородочной проекции
- г) обзорная рентгенограмма черепа в аксиальной проекции

077. Основными рентгенологическим симптомом кисты пазухи является
- а) полициклические контуры
 - б) полукруглая гомогенная тень на широком основании
 - в) округлый дефект пазухи
 - г) овальной формы пристеночное утолщение
078. Оптимальной методикой для дифференциальной диагностики одонтогенной и внутрипазушной кисты является
- а) томография черепа в аксиальной проекции
 - б) рентгеноскопия черепа в боковой проекции
 - в) ангиография
 - г) контрастная синусорография
079. Причинами эмфиземы глазницы могут быть
- а) ранения глазницы
 - б) переломы лобной пазухи
 - в) переломы основания черепа
 - г) переломы костей носа
080. Оптимальной методикой рентгенологического исследования для уточнения локализации остеомы в левой лобной пазухе является
- а) рентгенография черепа в левой боковой проекции
 - б) рентгенография черепа в носо-лобной проекции
 - в) рентгенография черепа в аксиальной проекции
 - г) обзорная рентгенография черепа в прямой проекции
081. Оптимальным положением для выявления жидкости в верхне-челюстных пазухах являются
- а) обзорная рентгенография черепа в боковой проекции и горизонтальном положении больного
 - б) рентгенография черепа в носо-подбородочной проекции и вертикальном положении больного
 - в) рентгенография черепа в носо-лобной проекции
 - г) рентгенография черепа в носо-подбородочной проекции и горизонтальном положении больного
082. При развитии гемосинуита после травмы черепа возникает
- а) гомогенное затемнение пазухи
 - б) негомогенное затемнение пазухи
 - в) ограниченное округлое затемнение в пазухе
 - г) пристеночное затемнение
083. Наиболее быстрая динамика рентгенологической картины отека слизистой верхнечелюстных пазух наблюдается
- а) при вазомоторной риносинусопатии
 - б) при остром гайморите
 - в) при подостром гайморите
 - г) при обострении хронического гайморита
084. Увеличение объема пазухи наблюдается
- а) при кисте
 - б) при гайморите

- в) при полипозе
- г) при злокачественной опухоли

085. Затемнение лобной пазухи при мукоцеле имеет

- а) однородный характер
- б) неоднородный характер
- в) полуовальную форму по нижней стенке
- г) округлую форму с костной капсулой

086. Наиболее достоверным симптомом злокачественной опухоли пазухи является

- а) затемнение пазухи
- б) изменение величины и формы пазухи
- в) дополнительная тень на фоне пазухи
- г) костная деструкция

087. Характерным симптомом острого синусита является

- а) гомогенное затемнение пазухи
- б) интенсивное пристеночное затемнение пазухи
- в) изменение формы пазухи
- г) горизонтальный уровень жидкости в пазухе

088. Характерным симптомом хронического синусита является

- а) гомогенное затемнение пазухи
- б) пристеночное затемнение пазухи
- в) изменение величины и формы пазухи
- г) слоистость пристеночного затемнения пазухи

089. Степень пневматизации пазух и варианты их развития зависят

- а) от возраста
- б) от наличия общего заболевания
- в) от врожденных особенностей развития лицевого черепа
- г) правильно а) и в)

090. Рентгенологическими симптомами доброкачественных опухолей пазух является все перечисленное, кроме

- а) деструкции стенок пазухи
- б) увеличения размеров пазухи
- в) гомогенного затемнения пазухи
- г) дополнительной тени на фоне пазухи

091. Переломы нижней челюсти и зубов

в рентгенологическом изображении проявляются

- а) смещением суставных поверхностей
- б) несоответствием суставных поверхностей
- в) наличием линии просветления
- г) склерозом костей челюсти

092. Показаниями для применения ортопантомографии являются

- а) заболевания глазницы
- б) заболевания уха
- в) заболевания челюстей и зубов
- г) заболевания лобной пазухи

093. Наиболее целесообразными методиками выявления локализации инородных тел пазухи являются
- а) томография мозгового черепа в прямой проекции
 - б) контрастное исследование пазух
 - в) зонография в прямой проекции
 - г) обзорная рентгенограмма черепа в прямой и боковой проекциях
094. Наиболее частым показанием к применению рентгенологического метода исследования в процессе активного лечения зуба является
- а) определение проходимости канала
 - б) наличие радикулярной кисты
 - в) выявление костной деструкции челюсти
 - г) вывих зуба
095. Незначительное гомогенное затемнение нескольких пазух наблюдается
- а) при хроническом синусите
 - б) при остром синусите
 - в) при опухоли пазухи
 - г) при нарушении вентиляции, связанной с патологией носа
096. Наиболее информативными дополнительными рентгенологическими методиками исследования пазух являются все перечисленные, кроме
- а) контрастного исследования
 - б) томографии
 - в) зонографии
 - г) ангиографии
097. К вариантам нормальной лобной пазухи относят все перечисленные, кроме
- а) отсутствия пазухи
 - б) широко развитой пазухи
 - в) слабо развитой пазухи
 - г) негомогенной сетчатой структуры пазухи
098. Основным рентгенологическим симптомом парезов и параличей гортани является все перечисленное, кроме
- а) неподвижности голосовых складок
 - б) утолщения голосовых складок
 - в) расширения гортанных желудочков
 - г) сглаженности подскладочного пространства
099. Наиболее частой причиной двигательных нарушений гортани, связанной с заболеванием других органов, является
- а) опухоль головного мозга
 - б) рак пищевода
 - в) рак легких
 - г) рак желудка
100. Наиболее информативной методикой исследования гортани является
- а) рентгеноскопия
 - б) обзорная рентгенография

- в) контрастная ларингография
- г) функциональная томография

101. Основной методикой выявления инородных тел гортаноглотки считается

- а) контрастное исследование с бариевой взвесью
- б) обзорная рентгеноскопия органов шеи
- в) обзорная рентгенография шеи под контролем экрана
- г) обзорная телерентгенография в боковой проекции

102. Малодоступными для ларингоскопии, но хорошо выявляемыми при рентгенологическом исследовании, отделами гортани являются

- а) преддверье
- б) голосовые и желудочковые складки
- в) гортанные желудочки
- г) подскладочное пространство

103. Оптимальной методикой изучения для грушевидных синусов является

- а) томография в боковой проекции
- б) ларингография
- в) фронтальная томография в передней проекции
- г) контрастная фарингография

104. Наиболее достоверным рентгенологическим симптомом флегмоны шеи считают

- а) расширение превертебральной клетчатки
- б) симптом "стрелки"
- в) воздух в клетчатке в виде "пузырьков" и "прослойки"
- г) отек надгортанника

105. Расширение гортанного желудочка является симптомом

- а) паралича гортани
- б) рака голосовой складки
- в) папилломатоза гортани
- г) ларингита

106. Асимметрия голосовых складок наблюдается

- а) при параличе гортани
- б) при раке голосовой складки
- в) при фиброме голосовой складки
- г) при папилломатозе гортани

107. Раковая опухоль в гортани чаще локализуется

- а) в подскладочном пространстве
- б) в гортаноглотке
- в) в голосовых складках
- г) в гортанных желудочках

108. Характерными симптомами рака гортани является все, кроме

- а) наличия дополнительной тени
- б) нарушения подвижности элементов гортани
- в) ограниченности процесса
- г) расширения гортанных желудочков

109. Рентгеносемиотика хондро-перихондрита включает

- а) окостенение хрящей гортани
- б) отсутствие обызвествления хрящей
- в) обызвествление складок
- г) беспорядочное обызвествление хрящей гортани

110. Рентгенологическими симптомами доброкачественных опухолей гортани являются

- а) округлая дополнительная тень с четкими контурами
- б) множественные дополнительные тени
- в) отсутствие подвижности складок
- г) правильно а) и б)

ЭТАЛОНЫ ОТВЕТОВ

001 - г	019 - г	037 - в	055 - а	073 - в	091 - в	109 - г
002 - в	020 - в	038 - б	056 - б	074 - г	092 - в	110 - г
003 - г	021 - в	039 - в	057 - в	075 - г	093 - г	
004 - б	022 - в	040 - б	058 - в	076 - в	094 - а	
005 - б	023 - а	041 - б	059 - б	077 - б	095 - г	
006 - а	024 - г	042 - б	060 - а	078 - г	096 - г	
007 - б	025 - а	043 - а	061 - в	079 - б	097 - г	
008 - г	026 - г	044 - в	062 - г	080 - а	098 - б	
009 - б	027 - а	045 - а	063 - а	081 - б	099 - в	
010 - б	028 - б	046 - в	064 - б	082 - а	100 - г	
011 - а	029 - в	047 - в	065 - б	083 - а	101 - г	
012 - в	030 - в	048 - г	066 - б	084 - а	102 - г	
013 - г	031 - г	049 - г	067 - в	085 - г	103 - г	
014 - г	032 - в	050 - г	068 - б	086 - г	104 - в	
015 - б	033 - в	051 - а	069 - г	087 - г	105 - а	
016 - в	034 - г	052 - г	070 - в	088 - г	106 - а	
017 - в	035 - б	053 - б	071 - б	089 - г	107 - в	
018 - г	036 - в	054 - а	072 - в	090 - а	108 - г	

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

(проверяемые индикаторы компетенции - УК-1, ОПК-1, ОПК-4, ОПК-9, ПК-2, ПК-4)

Ситуационная задача 1.

При осмотре у больного определяется левосторонний спонтанный III нистагм степени, крупноразмашистый. При проведении стакоординационных проб: в пробе Фишера-Барре левая рука отклоняется влево и опускается; в указательных пробах левая рука промахивается влево; в позе Ромберга больной отклоняется влево, при поворотах головы направление падения не меняется; походка по прямой линии - отклонение влево; фланговая походка затруднена влево; адиадохокинез слева.

а). Определите, для патологии какой структуры характерны данные изменения?

Левая доля мозжечка

б). Назначьте необходимые дополнительные методы исследования и консультации специалистов.

КТ или МРТ головного мозга, консультация невролога.

Ситуационная задача 2.

Больной предъявляет жалобы на несистемное головокружение, отклонение при ходьбе вправо. При осмотре имеется правосторонний спонтанный нистагм III степени, крупноразмашистый.

При проведении статокординационных проб : в пробе Фишера-Барре правая рука отклоняется вправо и опускается; в указательных пробах правая рука промахивается вправо; в позе Ромберга больной отклоняется вправо, при поворотах головы направление отклонения не меняется; походка по прямой линии - отклонение вправо; фланговая походка затруднена вправо; адиадохокinez справа.

а). Определите, для патологии какой структуры характерны данные изменения?

Правая доля мозжечка.

б). Назначьте необходимые дополнительные методы исследования и консультации специалистов.

КТ или МРТ головного мозга, консультация невролога.

Ситуационная задача 3.

У больного 36 лет жалобы на затруднение носового дыхания, больше слева, слизистое отделяемое из полости носа, снижение обоняния. Считает себя больным в течение полугода, лечился сосудосуживающими каплями, без эффекта. Страдает бронхиальной астмой (атопическая форма, средней степени тяжести). Постоянно принимает Вентолин, Беротек.

Объективно: область проекции ОНП не изменена, безболезненна при пальпации. При передней риноскопии: левая половина носа obturirirovanna округлыми беловатыми образованиями крупных и средних размеров. Слизистая оболочка отечна, розовая, по дну слизистое отделяемое. Носовое дыхание слева затруднено. Перегородка носа по средней линии. При задней риноскопии: белесовато-розовое мягкотканное образование размером 2x1 см, закрывающее просвет хоан.

Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование и лечение.

Хронический полипозный гайморозтмоидит. Бронхиальная астма, атопическая форма, средней тяжести.

а) Рентгенография ОНП с контрастным веществом.

Ситуационная задача 4.

У больного 26 лет жалобы на головную боль с локализацией преимущественно в правой половине лба, тяжесть в голове, гнойные выделения из носа, затруднение носового дыхания, повышение температуры тела до 38,0С, общее недомогание. Заболел 5 дней тому назад, через неделю после перенесенного респираторного заболевания.

Объективно: Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована, в среднем носовом ходе справа слизисто-гнойные выделения. При пальпации определяется болезненность в надбровной области и в области клыковой ямки справа.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые исследования.

Острый правосторонний гнойный гемисинусит.

а) Рентгенография ОНП,

б) диагностическая пункция в/ч пазухи.

Ситуационная задача 5.

У больного 28 лет жалобы на боль в области носа, деформацию наружного носа; 4 часа назад, во время игры в хоккей, клюшкой получил удар по носу. Было сильное носовое кровотечение, которое остановилось самостоятельно, сознание не терял, тошноты, рвоты не было.

Объективно: спинка носа смещена вправо. Мягкие ткани наружного носа умеренно инфильтрированы, болезненны. В левой подглазничной области по боковой поверхности носа – гематома. При пальпации спинки носа определяется подкожная эмфизема. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована. В полости носа кровяные сгустки.

Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование.

Перелом костей носа со смещением. Перелом клеток решетчатого лабиринта.

а) Рентгенография костей носа, ОНП.

Ситуационная задача 6.

У больного 29 лет жалобы на выраженные боли в теменно-затылочной области, заложенность носа, повышение температуры до 38,0С, гнойные выделения из носа.

Объективно: при передней риноскопии определяется умеренная отечность и гиперемия слизистой оболочки носа и гнойное отделяемое в общем носовом ходу справа. При мезофарингоскопии гнойная полоса отделяемого по задней стенке глотки.

Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование и лечение.

Острый сфеноидит.

а) Рентгенография ОНП, а лучше компьютерная томография ОНП.

б) Эндомикроскопическое обследование.

Ситуационная задача 7.

У больного 54 лет жалобы на гнойное отделяемое из правой половины носа с неприятным запахом. Данные жалобы возникли около 15 дней назад. Месяц назад проходил лечение у стоматолога.

Объективно: при передней риноскопии слизистая оболочка носа ярко гиперемирована, отечна. В среднем носовом ходу справа слизисто-гнойное отделяемое. На рентгенограмме околоносовых пазух снижение пневматизации правой верхнечелюстной пазухи. Температура тела 37,20 С.

Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование.

Правосторонний гнойный одонтогенный гайморит.

а) Рентгенография ОНП,

б) консультация стоматолога.

Ситуационная задача 8.

У больной 34 лет жалобы на сильную головную боль, ощущение заложенности носа, обильное гнойное отделяемое из носа. Настоящее ухудшение в течение 14 дней после переохлаждения. В прошлом году проводилось лечение в ЛОР-стационаре по поводу острого двустороннего гнойного гайморита.

Объективно: при передней риноскопии слизистая оболочка носа ярко гиперемирована, отечна. В носовых ходах слизисто-гнойное отделяемое. Болезненность при пальпации области верхнечелюстной пазухи справа.

Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование.

Обострение хронического гнойного гайморита.

а) Рентгенография ОНП или компьютерная томография.

б) Диагностическая пункция.

Ситуационная задача 9.

У больной 65 лет жалобы на ощущение заложенности носа, слизисто-гнойное отделяемое из носа с двух сторон, головную боль. В анамнезе 1 раз в два года отмечала подобные жалобы. Лечилась неоднократно в условиях стационара.

Объективно: при передней риноскопии в средних носовых ходах с двух сторон полоска гнойного отделяемого. Температура тела 37,90 С.

Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование и лечение.

Обострение хронического двустороннего гнойного гайморита.

а) Пункции верхнечелюстных пазух с рентген-контрастным обследованием или КТ ОНП.

б) Антибиотикотерапия.

в) Радикальная операция на верхнечелюстных пазухах в плановом порядке.

Ситуационная задача 10.

Больная 38 лет жалуется на головную боль, усиливающуюся при наклонах головы вперед, ощущение заложенности носа. Данные жалобы беспокоят в течение 5 дней. Лечилась амбулаторно без положительной динамики. Принимала Амоксиклав (375мг) по 1 таблетке 3 раза в день, сосудосуживающие капли в нос, Супрастин по 1 таб. 2 раза в день. При пальпации в проекции правой лобной пазухи определяется болезненность.

Объективно: при передней риноскопии определяется отек и гиперемия слизистой оболочки носа, в носовых ходах небольшое количество слизистого отделяемого. Температура тела 38,20 С.

Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование.

Острый правосторонний фронтит.

- а) Рентгенография ОНП.
- б) Трепанопункция лобной пазухи.

Ситуационная задача 11.

Больной доставлен машиной скорой помощи с места автомобильной аварии с жалобами на боль в области носа, измененную форму носа, тошноту, головную боль.

При осмотре отмечается резкое западение спинки носа, значительные гематомы в параорбитальной области с обеих сторон. Больной немного заторможен, на вопросы отвечает медленно, контакт затруднен.

Ваш предположительный диагноз? Какие методы исследования необходимо провести?

Закрытый перелом костей носа с наружной деформацией. Сотрясение головного мозга.

- а) обзорная рентгенография костей черепа (КТ)
- б) консультация нейрохирурга для исключения внутричерепной патологии
- в) рентгенограммы костей носа в прямой и боковой проекциях

Ситуационная задача 12.

Во время ремонтных работ на больного сверху упал тяжелый предмет, вызвав деформацию наружного носа. При осмотре отмечается западение спинки носа, отек мягких тканей лица, незначительные выделения из носа геморрагического характера, оставляющие на салфетке двойное пятно.

Предварительный диагноз? Какие необходимы обследования больного?

Перелом основания черепа (ситовидной пластинки)?

- а) обзорная рентгенография черепа, костей носа

Ситуационная задача 13.

Ребенок 5 лет плохо дышит носом, часто страдает респираторными заболеваниями, несколько раз болел ангиной, плохо спит, вскрикивает во сне, отмечается ночное недержание мочи.

Объективно: бледность кожных покровов, полуоткрытый рот. При осмотре сглаженность носогубных складок. Высокое готическое небо.

Ваш диагноз? Назначьте обследование?

Аденоиды

- а) задняя риноскопия
- б) рентгенограмма носоглотки

Ситуационная задача 14.

У больного 50 лет жалобы на гноетечение из левого уха, боль в ухе и в заушной области, снижение слуха. Болен 3 недели. Объективно: AS – в наружном слуховом проходе слизистогнойное отделяемое в количестве 3-х ватников, без запаха. Mt – гиперемирована, в передне-нижнем квадранте перфорация, «пульсирующий рефлекс», гиперемия и нависание верхне-задней стенки наружного слухового прохода. При пальпации сосцевидного отростка отмечает значительную боль, больше в области верхушки.

Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование?

Острый левосторонний гнойный средний отит. Мастоидит слева.

- а) рентгенограмма височных костей в проекции Шюллера, Майера или КТ височных костей
- б) аудиологическое обследование (тональная пороговая аудиометрия, импедансометрия)
- в) клинический анализ крови

Лечение: антромастоидотомия

Ситуационная задача 15.

У больной 40 лет жалобы на боль в правом ухе, гноетечение, снижение слуха, боль в заушной области. Заболела 3 дня назад после простуды, появился насморк, выделения из носа, после чего появились боли в правом ухе. AD: Mt – гиперемирована.

Назначьте необходимое обследование.

- а) рентгенограмма височных костей в проекции Шюллера, Майера или КТ височных костей
- б) аудиологическое обследование (тональная пороговая аудиометрия, импедансометрия)
- в) клинический анализ крови

Ситуационная задача 16.

У больной 30 лет жалобы на периодическое гноетечение из правого уха, снижение слуха. Считает себя больной в течение 10 лет. Объективно:

AD – в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Mt – серая, имеется центральная перфорация. Слизистая оболочка медиальной стенки барабанной полости бледно-розовая.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые обследования.

Хронический гнойный правосторонний средний отит. Мезотимпанит вне обострения.

- а) рентгенограмма височных костей в проекции Шюллера, Майера или КТ височных костей.
- б) аудиологическое обследование (тональная пороговая аудиометрия).

Ситуационная задача 17.

У больного 55 лет жалобы на гноетечение из левого уха, снижение слуха. Считает себя больным с детства, после перенесенной кори. Обострение процесса 1-2 раза в год. Объективно:

AS - в наружном слуховом проходе слизисто-гнойное отделяемое с запахом, в количестве 4х ватников. Mt – отсутствует. Слизистая оболочка внутренней стенки барабанной полости гиперемирована, утолщена.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые обследования.

Обострение хронического гнойного среднего отита слева.

- а) рентгенограмма височных костей в проекции Шюллера, Майера или КТ височных костей
- б) аудиологическое обследование (тональная пороговая аудиометрия)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **«Лучевая диагностика в оториноларингологии»**

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**

направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция - в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;

- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.

- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;

- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);

- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловые вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемым, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь со смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию, формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как теоретика

и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы».

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность «среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать ряд особенностей, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных

характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять, на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после

каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции, следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общая закономерность и на ее основе подлежат анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разного рода тезисными записями и планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучающихся.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

- рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;
- методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

- Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

– заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;

– досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;

– самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, самостоятельности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой обучающимся к

данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общих и профессиональных компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

– репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

– активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

– интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

– разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

– максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

– использование бланков документов, инструктивных материалов;

– наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

– чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);

– составление плана текста;

– графическое изображение структуры текста;

– составление электронной презентации;

– конспектирование текста;

– подготовка выписок из текста;

– работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;

– научно-исследовательская работа;

– использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

– работа с конспектом лекций;

– работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);

– составление плана и тезисов ответа;

– составление таблиц для систематизации учебного материала;

– изучение нормативных материалов;

– ответы на контрольные вопросы;

– аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);

– заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;

– подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;

– подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;

– составление резюме;

– написание истории болезни;

– составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

– решение задач и упражнений по образцу;

– решение вариативных задач и упражнений;

– отработка манипуляций;

– выполнение расчетно-графических работ;

– решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;

- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовки каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

3. Составление конспектов

Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

– **плановый**. При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.

– **тематический конспект**, является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.

– **текстуальный конспект**, представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.

– **свободный конспект**, включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;

2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;

3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;

4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

– композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;

– отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;

– язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;

– аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.

2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата (читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, познакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

1) по полноте изложения:

- информативные (рефераты-конспекты);
- индикативные (рефераты-резюме);

2) по количеству реферируемых источников:

- монографические;
- обзорные;

3) по читательскому назначению:

- общие;
- ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;
- специализированные;
- ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.
2. Содержание.
3. Введение.
4. Основная часть.
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, курация больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и

пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начало до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;
- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования,

приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздкие, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишённого эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределённо-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылкам на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объем заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объем работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объем могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объем не включаются.*

Цвет шрифта – черный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, черного цвета, одинаковым по всему объему текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нем не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела, разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела, 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается:**

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак «Ø» для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например > (больше), < (меньше), = (равно), ≤ (меньше или равно), ≥ (больше или равно), ≠ (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставиться неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не умещается в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;
- перед скобками и после них: (a+b)(d+c);

Косой крест (x) в качестве знака умножения ставиться:

- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1). Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзацного отступа.

Например:

$$W=wgkc, \quad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;

k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;

c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;

– цитирование должно быть полным, без искажения смысла;

– пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

- Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);
- указы Президента РФ (в той же последовательности);
- постановления Правительства РФ (в той же очередности);
- иные нормативные правовые акты;
- иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);
- монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);
- иностранная литература;
- интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

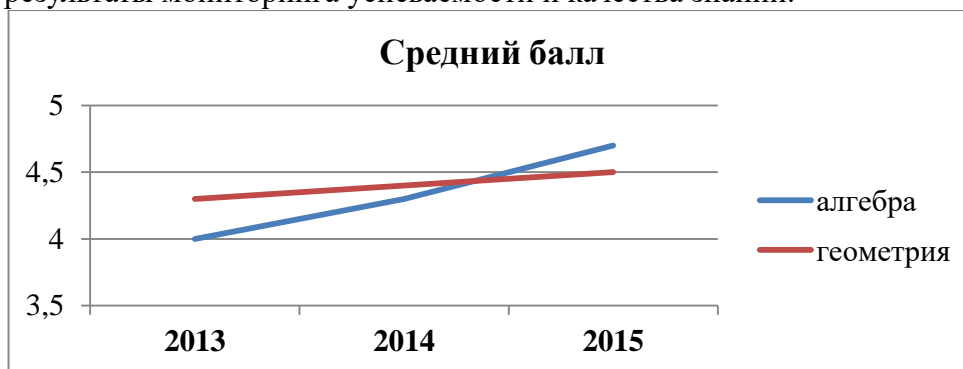


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвелярную группы пучков волокон (Рис. 5).

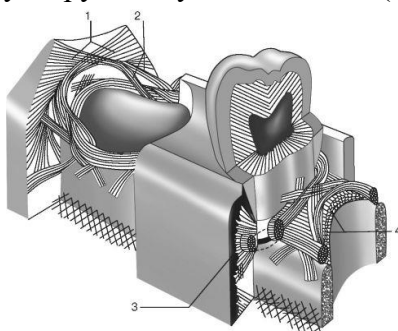


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	СЛУХОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование направленности)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	2
Занятия лекционного типа	6 час.
Занятия семинарского типа	24 час.
В том числе:	
Семинар-практикум	24 час.
Всего аудиторной работы	30 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	42 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/2 (час./ зач. ед.)

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа дисциплины «Слуховая реабилитация» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 99 от 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Петрова Наталья Николаевна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Соловьева Анна Михайловна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа «Слуховая реабилитация» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Рабочая программа дисциплины «Слуховая реабилитация» рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Рабочая программа дисциплины «Слуховая реабилитация» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология, с учётом профессионального стандарта и трудовыми функциями, сферами и видами будущей профессиональной деятельности врача-детского эндокринолога (профессиональный стандарт "Врач-оториноларинголог", утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г).

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: Формирование компетенций, необходимых для осуществления профессиональной деятельности, включая диагностику нарушений слуха, методы лечения различных типов тугоухости, методы реабилитации и абилитации пациентов сурдологического профиля, способы слухопротезирования и разработку показаний к слухулучшающим операциям, а так же проведение профилактических мероприятий по предупреждению расстройств слуха.

Задачи изучения дисциплины:

1. Углубление знаний по методам диагностики и рационального лечения тугоухости, дифференциальной диагностике нарушений слуха; формирование понятия о слухопротезировании при различных типах нарушения слуха, о слухулучшающих операциях, о кохлеарной имплантации.
2. Реализация системного подхода для разработки алгоритма лечения тугоухости и проведения мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с нарушениями слуха, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.

МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Слуховая реабилитация» относится к Блоку 1, Части, формируемой участниками образовательных отношений, блоку «Элективные дисциплины. Профессиональный модуль».

- Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана:
 - «Оториноларингология»
 - «Обучающий симуляционный курс»
- Дисциплина обеспечивает изучение последующих практик учебного плана:
 - «Клиническая практика»

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих профессиональных (ПК) компетенций:

Профессиональные компетенции

Тип задач профессиональной деятельности: Медицинская деятельность

1. Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза	ПК-4.1. Интерпретирует и анализирует информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	ТЗ, КВ
		ПК-4.2. Оценивает анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа; применяет методы исследования при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
		ПК-4.3. Интерпретирует и анализирует результаты инструментального и (или) лабораторного обследования, и (или) анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	
		ПК-4.4. Способен применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций	
		ПК-4.5. Определяет медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	
		ПК-4.6. Выявляет симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	
	ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	ПК-5.1. Определяет медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций. Разрабатывает план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляциям. Выполняет отдельные этапы или хирургические вмешательства пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями	ТЗ, КВ

		(протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Оценивает результаты хирургических вмешательств у пациентов	
		ПК-5.2. Способен разработать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
		ПК-5.3. Способен предотвратить или устранить осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств	
	ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	ПК-6.1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	
ПК-6.2. Определяет медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы			
ПК-6.3. Назначает слухопротезирование и дает рекомендации по уходу за слухопротезирующими устройствами			

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания*

СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1 Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	30	30
Из них:		
Занятия лекционного типа	6	6
Занятия семинарского типа	24	24
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	42	42
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	72	72
часы	2	2
зач. ед.	2	2
Из них на практическую подготовку в час.*	17	17

– ПА – промежуточная аттестация

– **Практическая подготовка (ПП)* - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы

4.2 Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в % либо в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 2					
Раздел 1. Методы исследования слухового анализатора	2	4	8	14	70%
Раздел 2. Лечение и реабилитация пациентов с тугоухостью	3	4	12	19	50%
Раздел 3. Слухопротезирование. Кохлеарная имплантация.	1	16	22	39	50%
ИТОГО	6	24	42	72	13

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает в среднем 57 % от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа.

4.3 Тематический план лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия
Курс 2					
Раздел 1. Методы исследования слухового анализатора					
1.	Диагностические и скрининговые исследования слуха	2	Основные функции слуховой системы человека. Характеристики звука. Адаптивные механизмы звукопроводящего аппарата. Теории слуха. Исследование речью и камертонами. Основы психофизиологии речевых процессов. Техническое обеспечение метода речевой аудиометрии. Построение речевых аудиограмм. Оценка разборчивости речи при комфортном уровне громкости. Особенности измерения акустического импеданса у взрослых и детей. Широкополосная тимпанометрия. Общая семиотика поражения органа слуха. Нарушение звукопроводения (кондуктивная тугоухость). Симптомы поражения органа слуха. Нарушение звуковосприятия (сенсоневральная тугоухость). Диагностическое исследование слуха у взрослых; Диагностическое исследование слуха у детей раннего и младшего возраста; Интерпретация результатов комплексного диагностического обследования слуха; Скрининговые обследования слуха.	ПК-4, ПК-5	мультимедийная аппаратура, презентации
Раздел 2. Лечение и реабилитация пациентов с тугоухостью					
2.	Медицинская и физиотерапевтическая реабилитации слабослышащих и глухих людей	1	Алгоритмы лечения с применением медикаментозных и физиотерапевтических средств. Отосклероз. Адгезивный средний отит. Острый и хронический тубоотит. Экссудативный средний отит. Острый средний отит. Хронический гнойный средний отит. Острая и хроническая сенсоневральная тугоухость. Тугоухость при инфекционных заболеваниях. Тугоухость медикаментозного генеза. Болезнь Меньера. Наследственные и врожденные формы тугоухости. Ретрокохлеарные нарушения слуха. Центральные нарушения слуха. Возрастные изменения слуха. Вестибулярная дисфункция при тугоухости.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации
3.	Хирургическая реабилитация слабослышащих и глухих людей	2	Показания и противопоказания к хирургическому лечению пациентов с заболеваниями уха: отосклероз, тимпаносклероз, адгезивный отит. Мирингопластика. Тимпанопластика. Стапедопластика. Виды хирургических вмешательств, типы протезов стремени. Реконструктивные слухоулучшающие операции. Особенности ведения пациентов, перенесших лабиринтит.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации
Раздел 3. Слухопротезирование. Кохлеарная имплантация.					
4.	Слухопротезирование. Кохлеарная имплантация.	1	Понятие слухопротезирования. Показания и противопоказания для слухопротезирования. Типы слуховых аппаратов. Техника индивидуального подбора. Показания и противопоказания к кохlearной имплантации.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации
ИТОГО		6			

4.4. Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия семинарского о типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП в %	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 2							
Раздел 1. Методы исследования слухового анализатора							
1	семинар-практикум	Объективные методы диагностики нарушений слуха. Аудиологический скрининг	4	70%	Методика регистрации слуховых вызванных потенциалов (СВП), технические и физиологические факторы. Электрокохлеография: микрофонный потенциал, суммационный потенциал, потенциал действия слухового нерва. Коротколатентные слуховые вызванные потенциалы (КСВП): источники генерации волн КСВП, методы частотно-специфичной регистрации КСВП. Среднелатентные слуховые вызванные потенциалы. Длиннолатентные слуховые вызванные потенциалы. Соматосенсорные слуховые вызванные потенциалы. Отоакустическая эмиссия (ОАЭ). Вызванная ОАЭ. Задержанная вызванная ОАЭ. ОАЭ на частоте продуктов искажения. Спонтанная ОАЭ. Дифференциальная и топическая диагностика различных форм тугоухости. Раннее выявление нарушений слуха. Аудиологический скрининг новорожденных и детей первого года жизни. Регистрация поведенческих безусловно- и условно-рефлекторных реакций на звуки	ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ
Раздел 2. Лечение и реабилитация пациентов с тугоухостью							
2	семинар-практикум	Современные подходы к реабилитации пациентов с заболеваниями среднего и внутреннего уха.	4	50%	Консервативная и хирургическая тактика ведения пациентов с заболеваниями среднего и внутреннего уха. Реабилитация пациентов после оперативных вмешательств (стапедэктомии со стапедопластикой, внутрилабиринтных вмешательств и пр.). Гигиена слуха.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ
Раздел 3. Слухопротезирование. Кохлеарная имплантация.							
3		Слухопротезирование	4	50%	Слуховые аппараты: аналоговые и цифровые слуховые аппараты для различных слуховых потерь. Основные характеристики слуховых аппаратов. Подбор и настройка слухового аппарата.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ

					Особенности технологии слухопротезирования детей раннего возраста. Слухопротезирование взрослых. Бинауральное слухопротезирование; оценка эффективности слухопротезирования у взрослых и детей.		
4	семинар-практикум	Кохлеарная имплантация (КИ)	4	50%	Устройство и принцип работы кохлеарного импланта. Кохлеарная имплантация детей и взрослых; виды кохлеарной имплантации; подготовка к кохлеарной имплантации; билатеральная кохлеарная имплантация; стволомозговая имплантация)	ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ
5	семинар-практикум	Сопровождение и реабилитация после КИ	4	50%	Сопровождение и реабилитация после КИ: занятия по развитию слухового восприятия и речи; психологическое консультирование; настройка речевого процессора кохлеарного импланта.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ
6	семинар-практикум	Реабилитация и абилитация детей с нарушениями слуха	4	50%	Ранняя абилитация детей с нарушениями слуха: психолого-педагогические методы реабилитации глухих и слабослышащих детей раннего возраста. Система педагогической работы по реабилитации детей с нарушением слуха, компенсированным кохлеарным имплантом.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ
ИТОГО в час.			24	13			

4.5 Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	Содержание самостоятельной работы	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства** для текущего контроля
1.	Раздел 1. Методы исследования слухового анализатора	8	Самостоятельное изучение отдельных вопросов по разделу. Подготовка к аудиторным занятиям. Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	ТЗ, КВ
2.	Раздел 2. Лечение и реабилитация пациентов с тугоухостью	12	Работа с учебной и научной литературой. Проработка учебного материала по конспектам лекций. Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки	ПК-4, ПК-5, ПК-6	ТЗ, КВ
3.	Раздел 3. Слухопротезирование. Кохлеарная имплантация.	22	Самостоятельное изучение отдельных вопросов раздела. Изучение тестов и контрольных вопросов. Работа с учебной литературой.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	ТЗ, КВ
ВСЕГО:		42			

* *Оценочные средства:* КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

- Традиционные образовательные технологии
- Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
- Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1 Критерии оценивания для текущего контроля

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

«Не зачтено» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Фрагментарные знания. Путаница в терминах и понятиях.

«Зачтено» - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

Критерии оценивания при решении ситуационных задач:

«Не зачтено» - ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.

«Зачтено» - ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств * для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза	ТЗ, КВ
ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	ТЗ, КВ
ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	ТЗ, КВ

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	Тестовый контроль	ТЗ	ПК-4, ПК-5, ПК-6
2 этап	Собеседование	КВ	ПК-4, ПК-5, ПК-6

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания
--------	-------------

	Выполнение тестовых заданий	Контрольные вопросы
Незачтено	70% и менее	Фрагментарные знания. На поставленные вопросы отвечает неправильно или неточно.
Зачтено	Более 71%	Общие, но не структурированные знания. Ответы не точные и неполные.

Критерии оценки сформированности компетенций на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале.
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины.

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции или отдельные индикаторы достижения компетенции
ТЗ	<p>1. Как называется опыт при сравнительном исследовании воздушной и костной проводимостей? <u>1. Опыт Ринне</u> 2. Опыт Вебера 3. Опыт Федериче 4. Опыт Бинга</p> <p>2. Потеря слуха является фактором риска: <u>1. социальной изоляции</u> 2. шизофрении <u>3. одиночества</u> 4. гиперсоциальности</p> <p>3. С какого расстояния воспринимается шепотная речь нормально слышащим ухом? <u>1. С расстояния 6 метров (до 20)</u> 2. С расстояния 10 метров (до 20) 3. С расстояния 3 метров (до 10) 4. С расстояния 8 метров (до 16)</p> <p>4. Как называется опыт при сравнительном камертональном исследовании слуха с сосцевидного отростка и козелка ушной раковины? <u>1. Опыт Федеричи</u> 2. Опыт Бинга 3. Опыт Швабаха 4. Опыт Вебера</p> <p>5. Что помогает обычно распознать глухоту у грудного ребенка? <u>1. Отоакустическая эмиссия, КСВП</u> 2. Наблюдение за поведением ребенка 3. Применение звучащих игрушек, трещоток и других звуковых сигналов</p>	ПК-4, ПК-5, ПК-6

<p>КВ</p>	<p>Показания и противопоказания к кохlearной имплантации.</p> <p>Основными показаниями к кохlearной имплантации являются:</p> <ul style="list-style-type: none"> – двусторонняя выраженная сенсоневральная тугоухость или глухота (средний порог слухового восприятия на частотах 0,5, 1, 2 и 4 кГц более 90 дБ); – пороги слухового восприятия в свободном звуковом поле при использовании оптимально подобранных слуховых аппаратов (бинауральное слухопротезирование), превышающие 55 дБ на частотах 2-4 кГц; – отсутствие выраженного улучшения слухового восприятия речи от применения оптимально подобранных слуховых аппаратов при высокой степени двусторонней сенсоневральной тугоухости (средний порог слухового восприятия более 90 дБ) по крайней мере, после пользования аппаратами в течение 3-6 мес. (распознавание менее 40% слов в открытом выборе). У детей, перенесших менингит, этот промежуток может быть сокращен); – отсутствие когнитивных проблем; – отсутствие психологических проблем; – отсутствие серьезных сопутствующих соматических заболеваний; – наличие серьезной поддержки со стороны родителей и их готовность к длительному послеоперационному реабилитационному периоду. <p>При врожденной глухоте и у детей, оглохших в первый год жизни (до формирования речи), минимально рекомендуемый возраст соответствует 6-12 месяцам. Оптимальные результаты могут быть достигнуты в возрасте до 3 лет (принципиально вопрос об имплантации ребенка даже большего возраста должен решаться индивидуально в каждом конкретном случае с учетом как медицинских, так и психологических и социальных показателей).</p> <p>Особое значение для проведения кохlearной имплантации в минимальном возрасте имеет подтверждение генетической природы тугоухости.</p> <p>У взрослых максимальный возраст ограничен общим состоянием здоровья больного и необходимостью длительного (несколько лет, по крайней мере, более года) реабилитационного периода.</p> <p>Наряду с перечисленными критериями, дополнительным критерием отбора на имплантацию больных с двусторонней сенсоневральной глухотой является разборчивость на слух предложений, равная или ниже 40%, при использовании оптимально подобранных слуховых аппаратов.</p> <p><u>Основными противопоказаниями к кохlearной имплантации являются:</u></p> <ul style="list-style-type: none"> – Полная или частичная, но значительная, облитерация улитки. – Ретрокохlearная патология. – Отрицательные результаты промоториального теста. 	<p>ПК-4, ПК-5, ПК-6</p>
-----------	---	-------------------------

	<ul style="list-style-type: none"> – Сопутствующие тяжелые соматические заболевания. – Интеллектуальная недостаточность. – Наличие очаговой патологии в корковых или подкорковых структурах головного мозга. – Отсутствие стремления к многолетней работе с сурдопедагогом после имплантации (у взрослых) или отсутствие поддержки членов семьи и их готовности к длительной реабилитационной работе. 	
--	---	--

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложении №1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)
Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (<http://www.multitrans.ru/>)
Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)
Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)
Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)
Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)
Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)
US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)
Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)
Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)
КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)
Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

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

Основная литература:

1. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471968.html>
2. На границе неврологии и оториноларингологии / М. В. Тардов, А. И. Крюков, А. В. Болдин [и др.]; под ред. А. И. Крюкова. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2023.- Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476734.html>
3. Реабилитация инвалидов: национальное руководство. Краткое издание / под ред. Г. Н. Пономаренко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456187.html>
4. Справочник оториноларинголога / А. С. Лопатин, А. В. Варвянская, Г. Р. Каспранская. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459270.html>
5. Профессиональная тугоухость: руководство для врачей / В. Б. Панкова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970472811.html>
6. Акустическая импедансометрия: учебное пособие / Н. А. Дайхес, А. С. Мачалов. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970468739.html>

Дополнительная литература:

1. Физическая терапия в оториноларингологической практике: практическое руководство / А.Г. Буявых. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36025>
2. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство: краткое издание / под ред. М. Р. Богомильского, В. Р. Чистяковой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449172.html>
3. Справочник врача-оториноларинголога. / В. В. Вишняков. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461242.html>
4. Профессиональные заболевания ЛОР-органов / В. Б. Панкова, И. Н. Федина; под общ. ред. И. В. Бухтиярова, Н. А. Дайхеса. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460696.html> Лучевая диагностика: учебник / под ред. Г. Е. Труфанова. - 3-е изд. , перераб. и доп. - Москва :

ГЭОТАР-Медиа, 2021.- Текст : электронный // URL :
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462102.html>

5. Рентгенологические исследования в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / А. П. Аржанцев - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. Текст: электронный // URL:
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437735.html>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по дисциплине «Слуховая реабилитация» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Слуховая реабилитация» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работы обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Слуховая реабилитация» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа – укомплектована специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Слуховая реабилитация» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по

специальности 31.08.58 Оториноларингология и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Слуховая реабилитация» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает:

- 1) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:
 - размещение в местах, доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, в адаптивной форме справочной информации о расписании занятий;
 - присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
 - выпуск альтернативных форматов методических материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);
- 2) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:
 - надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации;
- 3) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата:
 - возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях.

Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях.

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования, а также услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«СЛУХОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ»

Специальность ординатуры	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач-оториноларинголог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

Санкт-Петербург
2023

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**

по дисциплине «**СЛУХОВАЯ РЕАБИЛИТАЦИЯ**»
для специальности **31.08.58 Оториноларингология**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Методы исследования слухового анализатора	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
Раздел 2. Лечение и реабилитация пациентов с тугоухостью	ПК-4, ПК-5, ПК-6	ТЗ, КВ
Раздел 3. Слухопротезирование. Кохлеарная имплантация.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	ТЗ, КВ

* виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ)

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза

ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности

ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза	
ПК-4.1. Интерпретирует и анализирует информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	ТЗ, КВ
ПК-4.2. Оценивает анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа; применяет методы исследования при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	ТЗ, КВ
ПК-4.3. Интерпретирует и анализирует результаты инструментального и (или) лабораторного обследования, и (или) анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	ТЗ, КВ
ПК-4.4. Способен применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций	ТЗ, КВ
ПК-4.5. Определяет медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	ТЗ, КВ
ПК-4.6. Выявляет симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	ТЗ, КВ
ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	

ПК-5.1. Определяет медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций. Разрабатывает план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляциям. Выполняет отдельные этапы или хирургические вмешательства пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Оценивает результаты хирургических вмешательств у пациентов	ТЗ, КВ
ПК-5.2. Способен разработать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	ТЗ, КВ
ПК-5.3. Способен предотвратить или устранить осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств	ТЗ, КВ
ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	
ПК-6.1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	ТЗ, КВ
ПК-6.2. Определяет медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы	ТЗ, КВ
ПК-6.3. Назначает слухопротезирование и дает рекомендации по уходу за слухопротезирующими устройствами	ТЗ, КВ

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Шкала и критерии оценивания результатов № 1

Оценка	Вид задания
	Контрольные вопросы
Незачтено	Фрагментарные знания. при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.
Зачтено	ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

Шкала и критерии оценивания результатов № 2

Оценка	Вид задания
	Выполнение тестовых заданий
Незачтено	70% и менее
Зачтено	Более 71%

Критерии оценки сформированности компетенции для промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Компетенция (часть)	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в

сформирована	демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины
--------------	--

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет с оценкой.

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции и их индикаторы
Промежуточная аттестация № 1			
1 этап	Тестирование	ТЗ	ПК-4, ПК-5, ПК-6
2 этап	Собеседование	КВ	ПК-4, ПК-5, ПК-6

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

Контрольные вопросы

(проверяемые индикаторы компетенции — ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Особенности строения наружного и среднего уха у взрослых детей. Аномалии развития. Особенности иннервации, кровоснабжения наружного, среднего и внутреннего уха. Анатомия Кортиева органа.
2. Основные функции слуховой системы человека. Характеристики звука. Адаптивные механизмы звукопроводящего аппарата. Костное звукопроводение. Воздушное звукопроводение. Теории слуха.
3. Исследование шепотной и разговорной речи. Исследование костной и воздушной проводимости. Техника проведения проб Ринне, Вебера, Федеричи, Швабаха, Бинга.
4. Основы психофизиологии речевых процессов. Техническое обеспечение метода речевой аудиометрии. Построение речевых аудиограмм. Оценка разборчивости речи при комфортном уровне громкости.
5. Особенности измерения акустического импеданса у взрослых и детей. Режимы исследования функции евстахиевой трубы. Широкополосная тимпанометрия.
6. Методика регистрации слуховых вызванных потенциалов (СВП), технические и физиологические факторы. Протоколы исследования СВП.
7. Электрокохлеография: микрофонный потенциал, суммационный потенциал, потенциал действия слухового нерва.
8. Коротколатентные слуховые вызванные потенциалы (КСВП): источники генерации волн КСВП, методы частотно-специфичной регистрации КСВП. Среднелатентные слуховые вызванные потенциалы. Длиннолатентные слуховые вызванные потенциалы. Соматосенсорные слуховые вызванные потенциалы.
9. Отоакустическая эмиссия (ОАЭ). Вызванная ОАЭ. Задержанная вызванная ОАЭ. ОАЭ на частоте продуктов искажения. Спонтанная ОАЭ. Дифференциальная и топическая диагностика различных форм тугоухости. Раннее выявление нарушений слуха. Аудиологический скрининг, основанный на факторах риска по тугоухости и глухоте.
10. Особенности течения острых заболеваний уха у взрослых и в детском возрасте. Показания к консервативному и хирургическому лечению гнойного отита и мастоидита. Атипичные формы мастоидита.
11. Показания к хирургическому лечению больных хроническим гнойным средним отитом. Виды хирургических вмешательств на среднем ухе при хроническом гнойном среднем отите. Хронические дисфункции слуховой трубы. Диагностика. Консервативные и

- хирургические методы лечения. Экссудативный средний отит у взрослых и детей. Клиника, диагностика, лечение. Подходы к хирургическому лечению.
12. Послеоперационное ведение пациентов, перенесших санлирующую операцию, тимпаноластику. Алгоритм мероприятий, направленных на профилактику острых и хронических заболеваний среднего уха.
 13. Клинические формы нейросенсорной тугоухости, основные причины возникновения. Роль тональной пороговой аудиометрии, отоакустической эмиссии и слуховых вызванных потенциалов в диагностике нейросенсорной тугоухости. Алгоритм лечения острой и хронической нейросенсорной тугоухости.
 14. Этиология, патогенез, стадии заболевания. Алгоритм диагностики, дегидратационный тест. Подходы к консервативному и хирургическому лечению.
 15. Отосклероз, тимпаносклероз. Диагноз и дифференциальный диагноз. Виды хирургических вмешательств, типы протезов стремени. Показания и противопоказания к хирургическому лечению при отосклерозе, адгезивном отите и тимпаносклерозе.
 16. Классификация лабиринтитов по происхождению, характеру течения. Алгоритм диагностики. Показания к консервативному и хирургическому лечению.
 17. Особенности ведения пациентов, перенесших лабиринтит, нейросенсорную тугоухость.
 18. Тактика наблюдения пациентов с болезнью Меньера, отосклерозом. Реабилитация пациентов после операции стапедэктомии со стапедопластикой, внутрилабиринтных вмешательств. Гигиена слуха.
 19. Показания и противопоказания для слухопротезирования. Типы слуховых аппаратов. Техника индивидуального подбора.
 20. Показания и противопоказания к кохлерной имплантации. Методика проведения операции. Реабилитация пациентов в послеоперационном периоде

Тестовые задания с эталонами ответов

(проверяемые индикаторы компетенции — ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. В клинике нейросенсорной тугоухости присутствует

- 1) головная боль, головокружение, субъективный шум;
- 2) головокружение, мигрень;
- 3) снижение слуха;+**
- 4) субъективный шум.

2. В основе патогенеза нейросенсорной тугоухости лежит

- 1) деструкция отолитовых мембран;
- 2) дефицит невральных элементов и рецептора;+**
- 3) костная облитерация перепончатого лабиринта;
- 4) остеодистрофический процесс в лабиринте.

3. В терапии острой идиопатической нейросенсорной тугоухости показано назначение

- 1) аминогликозидов;
- 2) глюкокортикостероидов;+**
- 3) ингибиторов протонной помпы.

4. Внутреннее ухо содержит рецепторы:

- 1) вестибулярные;+**
- 2) вкусовые;
- 3) слуховые;+**
- 4) хеморецепторы.

5. Для клинической картины нейросенсорной тугоухости характерно:

- 1) боль в ухе;
- 2) кондуктивная тугоухость на оба уха;
- 3) нейросенсорное снижение слуха;+**

- 4) периодические приступы системного головокружения;
- 5) шум в ухе.+
6. Для лечения острой посттравматической нейросенсорной тугоухости используют:
- 1) антибактериальную терапию;
 - 2) гипосенсибилизирующую терапию;
- 3) **метаболическую терапию**;+
- 4) радикальную операцию на височной кости.
7. Для острой посттравматической нейросенсорной тугоухости характерно:
- 1) **одностороннее снижение слуха**;+
 - 2) **снижение слуха на оба уха**;+
 - 3) тимпанограмма тип С.
8. Для первой степени снижения слуха среднее арифметическое на частотах 500-4000 Гц составляет
- 1) более 30 дБ;
 - 2) менее 25 дБ;
 - 3) **менее 40 дБ**.+
9. Для поражения сенсорных структур уха типично:
- 1) костно-воздушный интервал;
 - 2) **нейросенсорная тугоухость**;+
 - 3) тимпанограмма тип Д;
 - 4) **феномен ускоренного нарастания громкости**.+
10. Жалобы пациента при нейросенсорной тугоухости:
- 1) гноеотечение из уха;
 - 2) головокружение;
 - 3) **снижение слуха**;+
 - 4) **субъективный шум**.+
11. Костно-воздушный интервал на аудиограмме отсутствует при
- 1) кондуктивной тугоухости;
 - 2) **нейросенсорной тугоухости**;+
 - 3) смешанной тугоухости.
12. Костно-воздушный интервал на аудиограмме типичен для:
- 1) **кондуктивной тугоухости**;+
 - 2) нейросенсорной тугоухости;
 - 3) **смешанной тугоухости**.+
13. На тональной пороговой аудиограмме символы воздушной проводимости соединены
- 1) дискретно;
 - 2) **непрерывными прямыми линиями**;+
 - 3) прерывистыми линиями.
14. На тональной пороговой аудиограмме символы костной проводимости соединены
- 1) дискретно;
 - 2) непрерывными прямыми линиями;
 - 3) **прерывистыми линиями**.+
15. Надпороговая аудиметрия включает:
- 1) **определение индекса малых приростов интенсивности SISI**;+
 - 2) **определение порога дискомфорта**;+
 - 3) тест Воблера;
 - 4) **тест выравнивания громкости по Фаулеру**.+
16. Надпороговая аудиметрия позволяет выявить:
- 1) кондуктивную тугоухость;
 - 2) **поражение во внутреннем ухе**;+
 - 3) **феномен ускоренного нарастания громкости**.+
17. Нейросенсорная тугоухость заболевание

1) внутреннего уха;+

2) наружного уха;

3) среднего уха.

18. Нейросенсорная тугоухость чаще наблюдается

1) одинаково у мужчин и женщин;+

2) у детей раннего возраста;

3) у женщин;

4) у мужчин.

19. Нейросенсорную тугоухость следует дифференцировать с

1) адгезивным средним отитом;

2) мезотимпанитом;

3) хроническим гнойным отитом;

4) экссудативным отитом.+

20. Орган Корти расположен в

1) перилимфатическом пространстве;

2) подпаутинном пространстве;

3) эндолимфатическом пространстве.+

21. Основные этиологические факторы острой нейросенсорной тугоухости:

1) герпетическая инфекция;

2) идиопатическое;+

3) сосудистые нарушения;+

4) травма.+

22. Острая нейросенсорная тугоухость может сопровождаться:

1) головной болью;

2) головокружением;+

3) мигренью с аурой;

4) расстройством равновесия;+

5) субъективным шумом.+

23. Отоакустическая эмиссия позволяет оценить:

1) отоакустическая эмиссия не применяется;

2) состояние барабанной полости;

3) состояние внутреннего уха;+

4) состояние слуховой трубы.

24. Отоскопически при нейросенсорной тугоухости выявляется

1) наличие петрификатов на барабанной перепонке;

2) нормальный вид барабанной перепонки;+

3) перфорация барабанной перепонки в натянутой части;

4) перфорация барабанной перепонки в ненапрянутой части.

25. Первый этап выявления нейросенсорной тугоухости

1) дегидратационные тесты;

2) тональная пороговая аудиометрия;+

3) электрокохлеография.

26. Порожни при нейросенсорной тугоухости локализуется

1) в слуховой трубе;

2) в цепи слуховых косточек;

3) во внутреннем ухе.+

27. При высокой степени снижения слуховой функции реабилитация включает:

1) антибиотикотерапию;

2) звуковую терапию;

3) кохлеарную имплантацию;+

4) слухопротезирование.+

28. При нейросенсорной тугоухости первой степени диапазон потери слуха в дБ соответствует

- 1) 15-30;
- 2) **26-40**;+
- 3) 40-60.

29. При нейросенсорной тугоухости изменения локализируются в:

- 1) **внутреннем ухе**;+
- 2) **слуховом нерве**;+
- 3) среднем ухе.

30. При нейросенсорной тугоухости костно-воздушный интервал

- 1) находится в диапазоне 26-40 дБ;
- 2) находится в диапазоне менее 20 дБ;
- 3) **отсутствует**;+
- 4) составляет более 20 дБ.

31. При нейросенсорной тугоухости нарушение координации

- 1) несистемное;
- 2) **отсутствует**;+
- 3) постоянное;
- 4) эпизодическое.

32. При нейросенсорной тугоухости определяется тимпанограмма

- 1) **тип А**;+
- 2) тип В;
- 3) тип С.

33. При нейросенсорной тугоухости степень потери слуха оценивается по кривой

- 1) **воздушной проводимости**;+
- 2) костной проводимости;
- 3) наличия костно-воздушного интервала.

34. При нейросенсорной тугоухости тимпанограмма имеет тип

- 1) D;
- 2) **А**;+
- 3) В;
- 4) С.

35. При нейросенсорной тугоухости четвертой степени показано слухопротезирование слуховыми аппаратами

- 1) костного проведения;
- 2) мощными;
- 3) **сверхмощными**.+

36. При острой левосторонней нейросенсорной тугоухости тест Ринне

- 1) отрицательный слева;
- 2) отрицательный справа;
- 3) **положительный слева и справа**;+
- 4) положительный справа.

37. При острой правосторонней нейросенсорной тугоухости тест Вебера латерализуется

- 1) в оба уха;
- 2) **влево**;+
- 3) вправо.

38. При ототоксическом воздействии медикаментов могут страдать:

- 1) **внутренние волосковые клетки**;+
- 2) **наружные волосковые клетки**;+
- 3) слуховые косточки;
- 4) стремени мышца.

39. При поражении органа Корти тугоухость

- 1) кондуктивная;
- 2) **нейросенсорная**;+
- 3) смешанная.

40. При снижении слуха до глухоты и облитерации улитки показана

- 1) костный слуховой аппарат;
- 2) кохлеарная имплантация;
- 3) стволомозговая имплантация.+

41. При стойкой двусторонней нейросенсорной тугоухости третьей степени более трех лет показано:

- 1) динамическое наблюдение;+
- 2) продувание слуховых труб;
- 3) слухопротезирование;+
- 4) хирургическое лечение.

42. Реабилитация снижения слуха при нейросенсорной тугоухости включает:

- 1) кохлеарную имплантацию;+
- 2) остеосинтез;
- 3) слухопротезирование.+

43. Слуховые рецепторы находятся в

- 1) барабанной лестнице;
- 2) преддверной лестнице;
- 3) улитковом ходу.+

44. Слуховые рецепторы располагаются в

- 1) области мосто-мозжечкового угла;
- 2) преддверии;
- 3) улитке.+

45. Способы диагностики нейросенсорной тугоухости:

- 1) видеонистагмография;
- 2) калорическая проба;
- 3) камертональные тесты Ринне и Вебера;+
- 4) компьютерная томография височных костей;
- 5) тональная пороговая аудиометрия.+

46. Степень снижения слуха определяют на частотах (Гц)

- 1) 125, 500, 1000, 2000, 4000;
- 2) 500, 1000, 2000, 4000;+
- 3) 500, 1000, 2000, 8000;
- 4) 500, 2000, 8000.

47. Тест Вебера латерализуется при нейросенсорной тугоухости

- 1) в лучше слышащее ухо;+
- 2) в оба уха;
- 3) в хуже слышащее ухо.

48. Благодаря чему можно зарегистрировать акустический рефлекс при проведении рефлексометрии

- 1) благодаря наличию связи с двигательным ядром языкоглоточного нерва;
- 2) благодаря наличию связи с двигательным ядром лицевого нерва;+
- 3) благодаря наличию связи с двигательным ядром блуждающего нерва;
- 4) благодаря наличию связи с двигательным ядром тройничного нерва.

49. В каких целях в основном применяют регистрацию слуховых вызванных потенциалов

- 1) с целью определения потери слуха у детей или труднодиагностируемых пациентов;+
- 2) определенного назначения нет;
- 3) с целью дифференциальной диагностики ретрокохлеарной патологии;+
- 4) с целью установки степени тугоухости.

50. В какой области на ушной раковине кожа плотно сращена с надхрящницей

- 1) в области выпуклой поверхности;
- 2) в области вогнутой поверхности;+
- 3) в области мочки;
- 4) сращение отсутствует.

51. В каком году была предложена классификация тимпанометрических кривых (Джегера)

- 1) в 1960 г.;
- 2) в 1950 г.;
- 3) в 1970 г.;**+
- 4) в 1980 г..

52. В каком отделе улитки воспринимаются преимущественно высокие тоны

- 1) в области верхушки;**+
- 2) в среднем завитке;
- 3) в основном завитке;
- 4) во всей улитке.

53. В скольких случаях SiSi-тест является отрицательным

- 1) более 60%;
- 2) менее 60%;
- 3) более 70%;
- 4) менее 70%.**+

54. В скольких случаях SiSi-тест является положительным

- 1) более 60%;
- 2) менее 60%;
- 3) более 70%;**+
- 4) менее 70%.

55. Выберите из списка основные типы аудиограмм

- 1) сенсоневральный тип;**+
- 2) кондуктивный тип;**+
- 3) смешанный тип;**+
- 4) прямолинейный тип;
- 5) нисходящий тип.

56. Выберите из списка специфические жалобы нарушения слуха

- 1) шум, звон, писк в ушах;**+
- 2) непостоянное головокружение;**+
- 3) постоянное головокружение;
- 4) неустойчивую походку;**+
- 5) устойчивая походка на фоне снижения слуха.

57. Выберите тип тимпанометрической кривой, характерной для истончения барабанной перепонки

- 1) тип «А»;
- 2) тип «Ad»;
- 3) тип «As»;
- 4) тип «С»;
- 5) тип «D».**+

58. Выберите тип тимпанометрической кривой, характерной для нормы

- 1) тип «А»;**+
- 2) тип «Ad»;
- 3) тип «As»;
- 4) тип «С»;
- 5) тип «D»;
- 6) тип «Е».

59. Выберите тип тимпанометрической кривой, характерной для отосклероза

- 1) тип «А»;
- 2) тип «Ad»;
- 3) тип «As»;**+
- 4) тип «С»;
- 5) тип «D».

- 60. Выберите тип типанометрической кривой, характерной для разрыва цепи слуховых косточек**
- 1) тип «А»;
 - 2) тип «В»;
 - 3) тип «Е»;**+
 - 4) тип «С».
- 61. Выберите тип типанометрической кривой, характерной для сальпингоотита**
- 1) тип «А»;
 - 2) тип «Ad»;
 - 3) тип «As»;
 - 4) тип «С»;**+
 - 5) тип «D».
- 62. Выберите тип типанометрической кривой, характерной для экссудативного среднего отита**
- 1) тип «А»;
 - 2) тип «В»;**+
 - 3) тип «As»;
 - 4) тип «С»;
 - 5) тип «D».
- 63. Где располагается сосудистая полоска улитки**
- 1) на верхней стенке улиткового хода;
 - 2) на наружной стенке улиткового хода;
 - 3) в области эндолимфатического мешка;
 - 4) на нижней стенке улиткового хода.**+
- 64. Для какого типа тугоухости характерна отрицательная проба Желле**
- 1) нарушение звукопроводения;**+
 - 2) нарушение звуковосприятия;
 - 3) нормальный слух;
 - 4) изменения не регистрируются.
- 65. Для какого типа тугоухости характерна отрицательная проба Ринне**
- 1) нарушение звукопроводения;**+
 - 2) нарушение звуковосприятия;
 - 3) нормальный слух;
 - 4) изменения не регистрируются.
- 66. Для какого типа тугоухости характерна отрицательная проба Швабаха**
- 1) нарушение звукопроводения;**+
 - 2) нарушение звуковосприятия;
 - 3) нормальный слух;
 - 4) изменения не регистрируются.
- 67. Для чего необходимо проводить ASSR-тест**
- 1) для определения метода реабилитации;**+
 - 2) для подтверждения диагноза;
 - 3) для определения степени снижения слуха;
 - 4) проводить данный тест не является обязательным.
- 68. Как слуховой нерв проникает в полость черепа**
- 1) через шилососцевидное отверстие;
 - 2) через рваное отверстие;
 - 3) через внутренний слуховой проход;**+
 - 4) через большое затылочное отверстие.
- 69. Какая верхняя граница полосы пропускания усилителя (фильтры) при регистрации слуховых вызванных потенциалов**
- 1) 2 до 3 кГц;**+
 - 2) 3 до 5 кГц;

3) 5 до 7 кГц;

4) 7 до 9 кГц.

70. Какая нижняя граница полосы пропускания усилителя (фильтры) при регистрации слуховых вызванных потенциалов

1) **100 до 300 Гц;**+

2) 300 до 500 Гц;

3) 500 до 700 Гц;

4) 700 до 900 Гц.

71. Какая эпоха анализа применяется при проведении электрокохлеографии

1) **5-10 мсек;**+

2) 10-15 мсек;

3) 15-20 мсек;

4) 20-15 мсек.

72. Какие Вы знаете два основных правила функциональной диагностики

1) **достоверность результатов подтверждается повторяемостью;**+

2) результаты функциональных проб нозологически специфичны;

3) **результаты функциональных проб нозологически неспецифичны;**+

4) достоверность результатов зависит от желания пациента сотрудничать.

73. Какие виды тугоухости Вы знаете

1) **кондуктивная тугоухость;**+

2) проводящая тугоухость;

3) **сенсоневральная тугоухость;**+

4) **смешанная тугоухость.**+

74. Какие из методов исследования слуха относятся к объективным

1) исследования слуха речью;

2) **КСВП;**+

3) исследования слуха камертонами;

4) тональная пороговая аудиометрия;

5) **ASSR-тест.**+

75. Какие из методов исследования слуха относятся к субъективным

1) исследования слуха речью;+

2) КСВП;

3) **исследования слуха камертонами;**+

4) **тональная пороговая аудиометрия;**+

5) ASSR-тест.

76. Какие основные типы камертонов применяют в практике врача оториноларинголога-сурдолога

1) **C128;**+

2) **C512;**+

3) **C1024;**+

4) C1512.

77. Какие средние пороги потери слуха характерны для I степени снижения слуха

1) 10-20 дБ;

2) **26-40 дБ;**+

3) 31-40 дБ;

4) 41-55 дБ;

5) 56-70 дБ.

78. Какие средние пороги потери слуха характерны для II степени снижения слуха

1) 10-20 дБ;

2) 21-30 дБ;

3) 31-40 дБ;

4) **41-55 дБ;**+

5) 56-70 дБ.

79. Какие средние пороги потери слуха характерны для III степени снижения слуха

- 1) 10-20 дБ;
- 2) 21-30 дБ;
- 3) 31-40 дБ;
- 4) 41-55 дБ;
- 5) **56-70 дБ.+**

80. Какие средние пороги потери слуха характерны для IV степени снижения слуха

- 1) 10-20 дБ;
- 2) 26-40 дБ;
- 3) 31-40 дБ;
- 4) 56-70 дБ;
- 5) **71-90 дБ.+**

81. Какие средние пороги потери слуха характерны для глухоты

- 1) 26-40 дБ;
- 2) 31-40 дБ;
- 3) 56-70 дБ;
- 4) 71-90 дБ;
- 5) **91 дБ и более.+**

82. Каким путем проводят объективное обследование слуха у детей дошкольного возраста

- 1) исследования слуха речью;
- 2) **КСВП;+**
- 3) исследования слуха камертонами;
- 4) тональная пороговая аудиометрия;
- 5) **ASSR-тест.+**

83. Каким путем проводят субъективное обследование слуха у детей дошкольного возраста

- 1) невозможно провести;
- 2) тональная аудиометрия;
- 3) **игровая аудиометрия;+**
- 4) ультразвуковая аудиометрия.

84. Каковы частотные границы восприятия звуков ухом человека

- 1) 6 Гц -28 тыс. Гц;
- 2) 125 Гц -8 тыс. Гц;
- 3) 500 Гц -4 тыс. Гц;
- 4) **16 Гц -20 тыс. Гц.+**

85. Какой нерв НЕ осуществляет чувствительную иннервацию наружного уха

- 1) шейное сплетение;
- 2) блуждающий нерв;
- 3) **лицевой нерв;+**
- 4) тройничный нерв.

86. Какой нерв является двигательным нервом для мышц ушной раковины

- 1) шейное сплетение;
- 2) блуждающий нерв;
- 3) **лицевой нерв;+**
- 4) тройничный нерв.

87. Какой основной тип камертона применяют в практике врача оториноларинголога-сурдолога

- 1) **C128;+**
- 2) C148;
- 3) C156;
- 4) C115.

88. Какой участок ушной раковины НЕ имеет хряща

- 1) завиток;
- 2) противозавиток;
- 3) противокозелок;
- 4) мочка.+

89. С какой стороны благодаря рыхлой клетчатке слуховой проход граничит с околоушной железой

- 1) снизу;+
- 2) сверху;
- 3) спереди;
- 4) сзади.

90. Укажите структуры, входящие в строение уха

- 1) звукопроводящий аппарат;+
- 2) рецепторный аппарат;+
- 3) проводящий аппарат;+
- 4) спиральный ганглий.

91. Что такое отоакустическая эмиссия

- 1) электрический импульс в слуховом нерве в ответ на звуковое раздражение;+
- 2) звук, сформированный в результате активных механических колебаний;
- 3) электрический потенциал в следствии изменения формы волосковых клеток;
- 4) электрический потенциал покоя волосковых клеток.

92. Что является адекватным раздражителем нейроэпитальных клеток спирального органа

- 1) прямолинейное ускорение;
- 2) гравитация;
- 3) звук;+
- 4) угловое ускорение.

93. Что является главным аудиометрическим признаком глухоты или остаточного слуха

- 1) отсутствие костно-воздушного интервала;
- 2) наличие костно-воздушного интервала;
- 3) нисходящие формы кривых;
- 4) обрывы кривых и «островки слуха».+

94. Что является главным аудиометрическим признаком нарушения звуковосприятия

- 1) отсутствие костно-воздушного интервала;+
- 2) наличие костно-воздушного интервала;
- 3) нисходящие формы кривых;
- 4) обрывы кривых и «островки слуха».

95. Что является главным аудиометрическим признаком нарушения звукопроводения

- 1) отсутствие костно-воздушного интервала;
- 2) наличие костно-воздушного интервала;+
- 3) нисходящие формы кривых;
- 4) обрывы кривых и «островки слуха».

96. Что является главным аудиометрическим признаком смешанного нарушения слуха

- 1) отсутствие костно-воздушного интервала;
- 2) наличие костно-воздушного интервала;+
- 3) нисходящие формы кривых;
- 4) обрывы кривых и «островки слуха».

97. Что является недостатками тональной пороговой аудиометрии

- 1) неприменим у маленьких детей, симулянтов, агравантов, пациентов с психическими отклонениями;+
- 2) неприменим у взрослых пациентов;
- 3) ограниченные возможности для дифференциальной диагностики;+
- 4) ограниченные возможности для дифференциальной диагностики.+

98. Что является основным недостатком классического надпорогового теста Фоулера

- 1) невозможность проведения при двусторонней тугоухости;
- 2) невозможность проведения при односторонней тугоухости;
- 3) сложность проведения метода;+**
- 4) невозможность проведения теста при недостатке интеллекта.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Слуховая реабилитация»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**

направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция - в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной

темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;

- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.

- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;

- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);

- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловые вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемым, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося

с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь со смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию,

формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как теоретика и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы».

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность

«среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать ряд особенных, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление

обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять, на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции, следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общая закономерность и на ее основе подлежат анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разного рода тезисными записями и планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучаемых.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

- рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;
- методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

- Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

- заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;
- досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;
- самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, самостоятельности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение

целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой обучающимся к данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общими и профессиональными компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

– репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

– активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

– интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

– разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

– максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

– использование бланков документов, инструктивных материалов;

– наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

– чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);

- составление плана текста;
- графическое изображение структуры текста;
- составление электронной презентации;
- конспектирование текста;
- подготовка выписок из текста;
- работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;

- научно-исследовательская работа;
- использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

– работа с конспектом лекций;

– работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);

- составление плана и тезисов ответа;
- составление таблиц для систематизации учебного материала;
- изучение нормативных материалов;
- ответы на контрольные вопросы;
- аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);
- заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;
- подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;
- подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;
- составление резюме;
- написание истории болезни;
- составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

- решение задач и упражнений по образцу;
- решение вариативных задач и упражнений;
- отработка манипуляций;

- выполнение расчетно-графических работ;
- решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;
- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовок каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

3. Составление конспектов

Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

– **плановый**. При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.

– **тематический конспект**, является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.

– **текстуальный конспект**, представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.

– **свободный конспект**, включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;

2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;

3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;

4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

– композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;

– отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;

– язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;

– аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.

2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата (читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, ознакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

1) по полноте изложения:

- информативные (рефераты-конспекты);
- индикативные (рефераты-резюме);

2) по количеству реферируемых источников:

- монографические;
- обзорные;

3) по читательскому назначению:

- общие;
- ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;
- специализированные;
- ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.
2. Содержание.
3. Введение.
4. Основная часть.
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, курация больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начало до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;
- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздкие, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие

иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишённого эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределённо-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылкам на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объём заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объём работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объём могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объём не включаются.*

Цвет шрифта – чёрный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, чёрного цвета, одинаковым по всему объёму текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нём не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела, разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела, 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце

названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается**:

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак « \emptyset » для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например $>$ (больше), $<$ (меньше), $=$ (равно), \leq (меньше или равно), \geq (больше или равно), \neq (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставиться неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не умещается в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;
- перед скобками и после них: (a+b)(d+c);
- Косой крест (x) в качестве знака умножения ставиться:
- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1). Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзацного отступа.

Например:

$$W=wgkc, \quad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;

k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;

c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;
- цитирование должно быть полным, без искажения смысла;
- пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;
- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

- Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);
- указы Президента РФ (в той же последовательности);
- постановления Правительства РФ (в той же очередности);
- иные нормативные правовые акты;

- иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);
- монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);
- иностранная литература;
- интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Санкт-Петербург

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

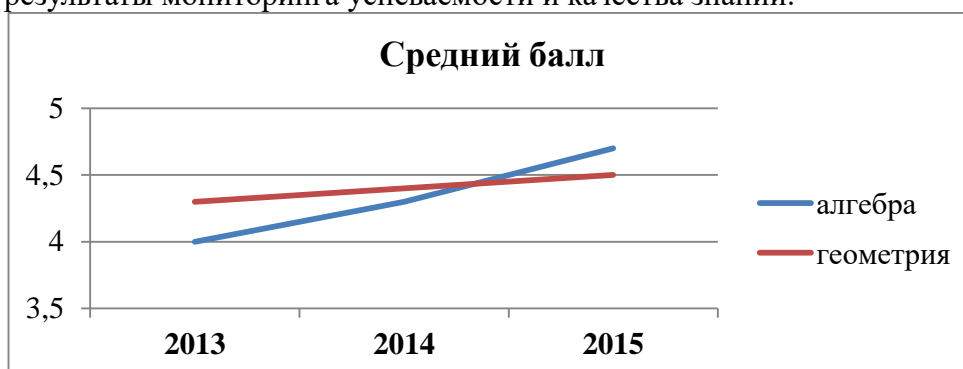


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеолярную группы пучков волокон (Рис. 5).

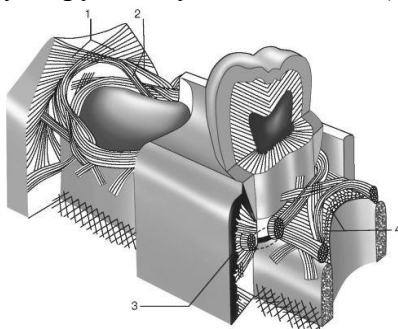


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	ВЕСТИБУЛОПАТИИ (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование направленности)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	2
Занятия лекционного типа	6 час.
Занятия семинарского типа	24 час.
В том числе:	
Семинар-практикум	24 час.
Всего аудиторной работы	30 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	42 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/2 (час./ зач. ед.)

Рабочая программа дисциплины «Вестибулопатии» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 99 от 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Петрова Наталья Николаевна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Соловьева Анна Михайловна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа «Вестибулопатии» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Рабочая программа дисциплины «Вестибулопатии» рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Рабочая программа дисциплины «Вестибулопатии» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология, с учётом профессионального стандарта и трудовыми функциями, сферами и видами будущей профессиональной деятельности врача-детского эндокринолога (профессиональный стандарт "Врач-оториноларинголог", утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г).

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины:

Формирование компетенций, необходимых для осуществления профессиональной деятельности, включая диагностику нарушений вестибулярной функции, методы лечения заболеваний периферического отдела вестибулярной системы, методы реабилитации пациентов с вестибулопатией периферического генеза, в том числе с использованием достижений в области медицины и фармации и критического анализа профессиональных источников информации.

Задачи изучения дисциплины:

- Изучение методов исследования вестибулярной функции, дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся головокружением.
- Реализация системного подхода и критического анализа для разработки алгоритма лечения заболеваний периферического отдела вестибулярной системы.
- Проведение мероприятий по медицинской реабилитации пациентов с головокружением, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Вестибулопатии» относится к Блоку 1, Части, формируемой участниками образовательных отношений, блоку «Элективные дисциплины. Профессиональный модуль».

- Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана:
 1. «Оториноларингология»
 2. «Обучающий симуляционный курс»
 - Дисциплина обеспечивает изучение последующих практик учебного плана:
 3. «Клиническая практика»

—

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ:

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих профессиональных (ПК) компетенций:

Профессиональные компетенции

Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза	ПК-4.1. Интерпретирует и анализирует информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	Для текущего контроля: КВ
		ПК-4.2. Оценивает анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа; применяет методы исследования при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
		ПК-4.3. Интерпретирует и анализирует результаты инструментального и (или) лабораторного обследования, и (или) анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	
		ПК-4.4. Способен применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций	
		ПК-4.5. Определяет медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	
		ПК-4.6. Выявляет симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	
	ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	ПК-5.1. Определяет медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций. Разрабатывает план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляциям. Выполняет отдельные этапы или хирургические вмешательства пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

		<p>учетом стандартов медицинской помощи. Оценивает результаты хирургических вмешательств у пациентов</p>	
		<p>ПК-5.2. Способен разработать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
		<p>ПК-5.3. Способен предотвратить или устранить осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств</p>	
	<p>ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов</p>	<p>ПК-6.1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	
		<p>ПК-6.2. Определяет медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы</p>	
		<p>ПК-6.3. Назначает слухопротезирование и дает рекомендации по уходу за слухопротезирующими устройствами</p>	

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания*

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1 Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	30	30
Из них:		
Занятия лекционного типа	6	6
Занятия семинарского типа	24	24
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	42	42
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	72	72
часы	2	2
зач. ед.	2	2
Из них на практическую подготовку в час.*	17	17

–

– ПА – промежуточная аттестация

– **Практическая подготовка (ПП)* - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы

4.2 Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в % либо в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 2					
Раздел 1. Клиническая анатомия и физиология вестибулярной системы.	1	4	8	13	3
Раздел 2. Методы исследования вестибулярного аппарата.	1	4	8	13	3
Раздел 3. Диагностика и лечение острого вестибулярного синдрома.	1	4	8	13	3
Раздел 4. Диагностика и лечение эпизодического вестибулярного синдрома.	2	8	10	20	5
Раздел 5. Диагностика и лечение хронического вестибулярного синдрома.	1	4	8	13	3
ИТОГО	6	24	42	72	17

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 70% от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа.

4.3 Тематический план лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия
Курс 2					
Раздел 1. Клиническая анатомия и физиология вестибулярной системы.					
1.	Анатомия внутреннего уха.	1	Особенности строения периферического и центрального отдела вестибулярного анализатора. Аномалии развития. Особенности иннервации, кровоснабжения внутреннего уха. Анатомия отолитового и ампулярного рецептора. Основные функции отолитового и ампулярного рецептора. Законы Эвальда. Функциональные связи вестибулярного анализатора: вестибуло-мозжечковая связь, вестибуло-кортикальная связь, вестибуло-вегетативная связь, вестибуло-окулярный рефлекс, вестибуло-спинальный рефлекс	ПК-4	мультимедийная аппаратура, презентации
Раздел 2. Методы исследования вестибулярного аппарата.					
2.	Стато-координаторные и стато-кинетические тесты. Глазодвигательные тесты. Позиционные тесты при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении. Инструментальные методы оценки вестибулярной функции	1	Простая и сенсебилизованная проба Ромберга. Указательные пробы. Проба Барре-Водака-Фишера. Проба на диадохокinez. Маршевая проба. Ходьба по прямой линии. Фланговая ходьба. Тандемная ходьба. Тест на оценку явного и скрытого спонтанного и взор-индуцированного нистагма. Тест встряхивания головы. Тест плавного слежения. Тест саккад. Тест поворота головы. Оптикокинетический тест. Тест Вальсальвы. Тест с гипервентиляцией. Фистульная проба. Симптом Тулио. Тест оценки динамической остроты зрения. Позиционные тесты при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении. Тест Dix-Hallpike. Roll-тест. Инструментальные методы оценки вестибулярной функции. Видеонистагмоскопия. Электро- и видеонистагмография. Вращательная проба (шаговый и синусоидальный вращательный тест). Калорическая проба. Видеоимпульсный тест. Вестибулярные вызванные миогенные потенциалы. Отолитовая реакция по В.И. Воячеку. «Тест с ведром» для определения субъективной зрительной вертикали. Электрокохлеография. Постурография и стабилметрия.	ПК-4	мультимедийная аппаратура, презентации
3.	Раздел 3. Диагностика и лечение острого вестибулярного синдрома.				

4.	Диагностика и лечение вестибулярного нейронита. Диагностика и лечение лабиринтита. Диагностика и лечение травм лабиринта. уха.	1	Дифференциальная диагностика вестибулярного нейронита и инсультов. Дифференциальная диагностика периферического и центрального нистагма. Алгоритм НТТ в диагностике пациента с острым головокружением. Медикаментозное лечение вестибулярного нейронита. Принципы и упражнения вестибулярной реабилитации. Классификация лабиринтитов по происхождению, характеру течения. Алгоритм диагностики. Показания к консервативному и хирургическому лечению. Продольные и поперечные переломы височной кости. Баротравма. Перилимфатическая фистула. Алгоритм диагностики. Показания к консервативному, хирургическому лечению, вестибулярной реабилитации.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации
Раздел 4. Диагностика и лечение эпизодического вестибулярного синдрома.					
5.	Диагностика и лечение доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. Диагностика и лечение болезни Меньера. Диагностика и лечение вестибулярной мигрени. Диагностика и лечение дегисценции верхнего полукружного канала. Диагностика и лечение пароксизмии. Диагностика и лечение редких причин головокружения.	2	Патогенез отолитиаза. Диагностические позиционные тесты при отолитиазе различных полукружных каналов. Типы отолитиаза по локализации отолитиаза. Ассоциация отолитиаза с другими заболеваниями внутреннего уха. Лечебные репозиционные маневры при различных типах отолитиаза. Фармакотерапия. Этиология, патогенез, стадии заболевания. Клинические критерии при постановке диагноза. Дегидратационный тест, электрокохлеография, калорическая проба. Подходы к консервативному и хирургическому лечению. Теории патогенеза, диагностические критерии постановки диагноза. Дифференциальная диагностика с болезнью Меньера. Принципы профилактической терапии и купирования острого приступа. Этиология, патогенез и клинические проявления. Диагностика на основе КТ височных костей, результатов аудиометрического исследования, вестибулярных вызванных миогенных потенциалов и пробы Вальсальвы. Подходы к хирургическому лечению. Теории патогенеза и диагностические критерии. Подходы к консервативному и хирургическому лечению. Синдром Mal de débarquement, аутоиммунные поражения внутреннего уха, энцефалопатия Вернике и др. Теории патогенеза и клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Подходы к лечению	ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации
Раздел 5. Диагностика и лечение хронического вестибулярного синдрома.					
6.	Слухопротезирование. Кохлеарная имплантация.	1	Персистирующее постурально-перцептивное головокружение. Двусторонняя вестибулопатия и пресбивестибулопатия. Вестибулярная шваннома.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	мультимедийная аппаратура, презентации
ИТОГО		6			

4.4 Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 2							
Раздел 1. Клиническая анатомия и физиология вестибулярной системы.							
1	семинар-практикум	Анатомо-физиологические особенности уха.	4	3	Анатомия внутреннего уха. Физиология внутреннего уха.	ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ
Раздел 2. Методы исследования вестибулярного аппарата.							
2.	семинар-практикум	Оценка вестибулярной функции.	4	3	Стато-координаторные и стато-кинетические тесты. Глазодвигательные тесты. Позиционные тесты при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении. Инструментальные методы оценки вестибулярной функции.	ПК-4, ПК-5	КВ, ТЗ
Раздел 3. Диагностика и лечение острого вестибулярного синдрома.							
3.	семинар-практикум	Либиринтиты.	4	3	Диагностика и лечение вестибулярного нейронита. Диагностика и лечение лабиринтита. Диагностика и лечение травм лабиринта.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ
Раздел 4. Диагностика и лечение эпизодического вестибулярного синдрома.							
4.	семинар-практикум	Позиционное головокружение. Болезнь Меньера.	8	5	Диагностика и лечение доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения. Диагностика и лечение болезни Меньера. Диагностика и лечение вестибулярной мигрени. внутреннего уха	ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ
5.	семинар-практикум	Редкие причины головокружения.	4	3	Диагностика и лечение дегисценции верхнего полукружного канала. Диагностика и лечение вестибулярной пароксизмии. Диагностика и лечение редких причин головокружения	ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ
Раздел 5. Диагностика и лечение хронического вестибулярного синдрома.							
6.	семинар-практикум	Хронический вестибулярный синдром.	4	3	Персистирующее постурально-перцептивное головокружение. Двусторонняя вестибулопатия и пресбивестибулопатия. Вестибулярная шваннома	ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ
ИТОГО			24	17			

* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания*

4.5 Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	Содержание самостоятельной работы	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства** для текущего контроля
1.	Раздел 1. Клиническая анатомия и физиология вестибулярной системы.	8	Подготовка к аудиторным занятиям. Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
2.	Раздел 2. Методы исследования вестибулярного аппарата.	8	Самостоятельное изучение отдельных вопросов по разделу. Подготовка к аудиторным занятиям. Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки.	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
3.	Раздел 3. Диагностика и лечение острого вестибулярного синдрома.	8	Работа с учебной и научной литературой. Проработка учебного материала по конспектам лекций. Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
4.	Раздел 4. Диагностика и лечение эпизодического вестибулярного синдрома.	10	Самостоятельное изучение отдельных вопросов раздела. Изучение тестов и контрольных вопросов. Работа с учебной литературой.	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
5.	Раздел 5. Диагностика и лечение хронического вестибулярного синдрома.	8	Работа с учебной и научной литературой. Проработка учебного материала по конспектам лекций. Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
ВСЕГО:		42			

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

- Традиционные образовательные технологии
- Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
- Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1 Критерии оценивания для текущего контроля

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

«Не зачтено» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Фрагментарные знания.

Путаница в терминах и понятиях.

«Зачтено - ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

Критерии оценивания при решении ситуационных задач:

«Не зачтено» - ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.

«Зачтено» - ординатор предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя.

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза	ТЗ, КВ
ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	ТЗ, КВ
ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	ТЗ, КВ

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	Тестовый контроль	ТЗ	ПК-4, ПК-5, ПК-6
2 этап	Собеседование	КВ	ПК-4, ПК-5, ПК-6

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Контрольные вопросы
Незачтено	70% и менее	Фрагментарные знания. На поставленные вопросы отвечает неправильно или неточно.
Зачтено	Более 71%	Общие, но не структурированные знания. Ответы не точные и неполные.

Критерии оценки сформированности компетенций на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале.
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции или отдельные индикаторы достижения компетенции
ТЗ	<p>1. Какой симптомокомплекс наблюдается при нарушении функции лабиринта? <u>1. Головокружение, расстройство равновесия и координации движений, вегетативные реакции, нистагм</u> 2. Головокружение, головная боль, снижение слуха 3. Нистагм, головокружение, вегетативные реакции</p> <p>2. Какие ускорения являются адекватными раздражителями для отолитового аппарата? <u>1. Прямолинейные</u> 2. Угловые 3. Центробежные</p> <p>3. В клинической картине вестибулярного нейронита доминирует 1. остро возникшее головокружение с нарушением равновесия и снижением слуха; 2. острый вестибулярный синдром; 3. позиционный вестибулярный синдром; 4. прогрессирующее нарушение равновесия и снижение слуха.</p> <p>4. К вестибулярному анализатору относится 1. улитка <u>2. преддверие</u> <u>3. полукружные каналы</u></p> <p>5. Для обнаружения фистулы горизонтального полукружного канала проводят пробу 1. вращательную 2. калорическую <u>3. прессорную</u> 4. химическую</p>	ПК-4, ПК-5, ПК-6
КВ	<p>Болезнь Меньера. <u>Болезнь Меньера</u> – это поражение внутреннего уха, при котором возникает головокружение, сенсонервальная тугоухость, тиннитус. В настоящее время не существует патогномичного симптома для данного заболевания. Для купирования приступов головокружения и рвоты применяют антихолинэргические препараты, при острой атаке рекомендованы бензодиазепины. Диуретики и бессолевая диета – основной метод лечения, позволяющий снизить частоту и тяжесть симптомов. При тяжелых и неподдающихся стандартному лечению случаях возможно применение гентамицина или хирургическое вмешательство.</p> <p>При болезни Меньера изменяется давление эндолимфы лабиринта, влияя на работу внутреннего уха. Причины гиперпродукции эндолимфы неизвестны. К факторам риска относят отягощенный по данному заболеванию семейный анамнез, аутоиммунные заболевания, аллергию, травму головы или уха и, значительно реже, сифилис. Этому заболеванию больше подвержены люди в возрасте от 20 до 50 лет.</p> <p><u>1.Симптомы и признаки болезни Меньера</u> – У пациентов с болезнью Меньера наблюдаются внезапные приступы головокружения, которые обычно длятся от 1 до 6 часов, однако (реже) могут сохраняться до 24 часов, и обычно сопровождаются тошнотой и рвотой. Также может быть повышенное потоотделение, диарея, неустойчивость походки.</p>	ПК-4, ПК-5, ПК-6

- Тиннитус может быть постоянным или интермиттирующим, по типу свиста или жужжания, не зависит от положения больного или движения. Может присутствовать снижение слуха на низких частотах. Во время приступа или до его начала многие пациенты ощущают чувство заложенности и давления в ухе. В большинстве случаев поражается только одно ухо.
- На ранних стадиях заболевания межприступный период может длиться > больше 1 года. По мере прогрессирования заболевания увеличивается степень тугоухости, в то время как выраженность тиннитуса остается без изменений.

5. Диагностика болезни Меньера

- Клиническая оценка
- С целью исключения возможных причин головокружения показано МРТ с контрастом

Болезнь Меньера диагностируют клинически. Характерно одновременное сочетание флукутирующей нейросенсорной тугоухости на низких частотах, эпизодического головокружения, ипсилатеральной флукутирующей заложенности уха и шума в ушах. Схожие симптомы могут быть при вестибулярной мигрени, вирусном лабиринтите или нейроните, опухоли мостомозжечкового угла (например, вестибулярной шванномы), кровоизлиянии в ствол головного мозга. Для болезни Меньера более характерно одностороннее поражение, поэтому двусторонний характер течения говорит в пользу какого-то другого, схожего по симптоматике заболевания (мигрень). Вестибулярная мигрень (также известная как мигренозное головокружение) характеризуется эпизодами головокружения у пациентов, страдающих мигренью или с другими признаками мигрени, такими как головная боль, фотофобия и фонофобия, или зрительная аура; без потери слуха.

Во время приступа у пациента возникает нистагм, направленный в сторону поражения. В межприступном периоде при клиническом обследовании у пациента может быть диагностирована абсолютная норма. Однако при длительно текущем заболевании и в случаях, что не поддаются лечению, или при наличии гипопункции лабиринта во время проведения теста Фукуды (пациента просят маршировать стоя на месте с закрытыми глазами, этот тест ранее известен под названием тест Унтербергера), пациент поворачивается в сторону пораженного уха, что соответствует одностороннему поражению лабиринта.

Для подтверждения одностороннего поражения лабиринта проводят пробу Хальмаги или тест импульсивного движения головы. Пациента просят сфокусировать свой взгляд в какой-то точке (часто – на носу врача). После этого врач быстро поворачивает голову пациента на 15–30° в одну сторону, наблюдая за глазами больного. При отсутствии поражения на стороне, в которую вращают голову, глаза пациента остаются зафиксированными. Если вестибулярная функция снижена с той стороны, в которую поворачивают голову, вестибулоокулярный рефлекс отсутствует, и глаза пациента быстро следуют за поворотом головы, затем быстро свободно возвращаются в исходное положение. Пациентам с предполагаемой болезнью Меньера рекомендовано аудиологическое исследование, МРТ (с гадолинием) головного мозга с детальным описанием внутреннего слухового прохода для исключения других нарушений. Как правило, аудиограмма свидетельствует об односторонней сенсоневральной тугоухости на низких частотах. Для подтверждения сенсоневральной потери слуха можно провести тест Ренне и тест Вебера.

6. Лечение болезни Меньера

Симптоматически назначают противорвотные, антигистаминные, бензодиазепины

Диуретики и низкосолевая диета

Редко абляция вестибулярного нерва лекарствами или хирургическим методом
Болезнь Меньера обычно купируется самостоятельно. Лечение острого приступа направлено на облегчение симптомов и проводится поэтапно; вначале проводят наименее инвазивные мероприятия, а затем, если эти мероприятия неэффективны, иногда выполняют абляционные вмешательства.

Антихолинергические противорвотные (например, прохлорперазин 25 мг per rectum или 10 мг перорально каждые 6–8 часов, прометазин 25 мг per rectum или 25 мг перорально каждые 6–8 часов) могут минимизировать вагус-зависимые

	<p>гастроинтестинальные симптомы, ондансетрон – антиэметик 2-го ряда выбора. При вестибулярных нарушениях показаны антигистаминные препараты (например, дифенгидрамин, меклизин или циклизин 50 мг перорально каждые 6 часов) или бензодиазепины (например, диазепам 5 мг перорально каждые 6–8 часов). Ни антигистаминные, ни бензодиазепины не эффективны в качестве профилактического лечения. Некоторые врачи предпочитают оральные кортикостероиды (преднизон 60 мг перорально 1 р/день в течение недели с постепенным снижением дозы в течение 2-й недели) или транстимпанальные инъекции дексаметазона при остром приступе. Традиционные профилактические препараты против мигрени (например, трициклические антидепрессанты или СИОЗС [селективные ингибиторы обратного захвата серотонина]) также эффективны у некоторых пациентов с болезнью Меньера.</p> <p>Предотвратить развитие или уменьшить частоту приступов головокружения могут следующие меры, с которых обычно начинают лечение: диета с низким содержанием соли (<1,5 г/день), избегание алкоголя и кофеина и диуретики (например, гидрохлортиазид 25 мг перорально 1 раз в день или ацетазоламид по 250 мг перорально 2 раза в день). Однако тщательно разработанных исследований, четко свидетельствующих об эффективности этих мероприятий при болезни Меньера, не проводили.</p> <p>Эндолимфатическая декомпрессия облегчает симптомы заболевания, при этом риск снижения слуха после данной операции минимален. Вследствие чего данный метод до сих классифицируется как щадящий.</p> <p>Если методы лечения, щадящие по отношению к вестибулярному аппарату, не дают результатов, применяют метод аблации. Интратимпанальное введение гентамицина (химическая лабиринтэктомия – обычно 0,5 мл препарата в концентрации 40 мг/мл) производят через барабанную перепонку. Для мониторинга потери слуха рекомендуется проводить последующее наблюдение за пациентами с выполнением серийной аудиометрии. Если головокружение сохраняется без потери слуха, инъекцию можно повторить через 4 недели.</p> <p>Абляционная операция предназначена для лечения частых изнурительных эпизодов, не купируемых менее инвазивными вмешательствами. Вестибулярная нейрэктомия (внутричерепная процедура) купирует симптомы головокружения у 95% пациентов и, как правило, не приводит к снижению слуха. Хирургическая лабиринтэктомия показана только при наличии глубокой степени снижения слуха.</p> <p>К сожалению, в настоящее время не существует методов для профилактики снижения слуха. У большинства пациентов развивается тяжелая степень сенсоневральной тугоухости в течение 10–15 лет.</p>	
--	---	--

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложении № 1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows
Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн МультиТран (<http://www.multitrans.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

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

Основная литература:

1. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471968.html>
2. Справочник оториноларинголога / А. С. Лопатин, А. В. Варвянская, Г. Р. Каспранская. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459270.html>
3. Путеводитель по головокружениям: учебное пособие / С. Я. Косяков, К. Н. Бганцева, А. В. Гуненков [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970472989.html>
4. На границе неврологии и оториноларингологии / М. В. Тардов, А. И. Крюков, А. В. Болдин [и др.]; под ред. А. И. Крюкова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476734.html>

Дополнительная литература:

1. Болезни уха, горла, носа в детском возрасте: национальное руководство / под ред. М. Р. Богомильского. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461402.html>
2. Неврология / Гусева Е. И., Коновалова А. Н., Скворцовой В. И. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441435.html>
3. Практическая неврология / под ред. А. С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438909.html>
4. Справочник врача-оториноларинголога. / В. В. Вишняков. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461242.html>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по дисциплине «Вестибулопатии» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Вестибулопатии» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работы обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Вестибулопатии» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебная аудитория для проведения занятий лекционного типа – укомплектована специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебная аудитория для проведения занятий семинарского типа - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети "Интернет" и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Вестибулопатии» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Вестибулопатии» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает:

- 1) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по зрению:
 - размещение в местах, доступных для обучающихся, являющихся слепыми или слабовидящими, в адаптивной форме справочной информации о расписании занятий;
 - присутствие ассистента, оказывающего обучающемуся необходимую помощь;
 - выпуск альтернативных форматов методических материалов (крупный шрифт или аудиофайлы);
- 2) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по слуху:
 - надлежащими звуковыми средствами воспроизведения информации;
- 3) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья, имеющих нарушения опорно-двигательного аппарата:
 - возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях.

Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях.

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средства обучения коллективного и индивидуального пользования, а также услуги сурдопереводчиков и тифлосурдопереводчиков.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ВЕСТИБУЛОПАТИИ»

Специальность ординатуры	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач-гематолог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

Санкт-Петербург
2023

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «**ВЕСТИБУЛОПАТИИ**»

для специальности **31.08.58 Оториноларингология**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Клиническая анатомия и физиология вестибулярной системы.	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
Раздел 2. Методы исследования вестибулярного аппарата.	ПК-4, ПК-5	ТЗ, КВ
Раздел 3. Диагностика и лечение острого вестибулярного синдрома.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	ТЗ, КВ
Раздел 4. Диагностика и лечение эпизодического вестибулярного синдрома.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	ТЗ, КВ
Раздел 5. Диагностика и лечение хронического вестибулярного синдрома.	ПК-4, ПК-5, ПК-6	ТЗ, КВ

* виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ)

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза

ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности

ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза	
ПК-4.1. Интерпретирует и анализирует информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	ТЗ, КВ
ПК-4.2. Оценивает анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа; применяет методы исследования при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	ТЗ, КВ
ПК-4.3. Интерпретирует и анализирует результаты инструментального и (или) лабораторного обследования, и (или) анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	ТЗ, КВ
ПК-4.4. Способен применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций	ТЗ, КВ
ПК-4.5. Определяет медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	ТЗ, КВ
ПК-4.6. Выявляет симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных	ТЗ, КВ

реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	
ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	
ПК-5.1. Определяет медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций. Разрабатывает план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляциям. Выполняет отдельные этапы или хирургические вмешательства пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Оценивает результаты хирургических вмешательств у пациентов	ТЗ, КВ
ПК-5.2. Способен разработать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	ТЗ, КВ
ПК-5.3. Способен предотвратить или устранить осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств	ТЗ, КВ
ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	
ПК-6.1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	ТЗ, КВ
ПК-6.2. Определяет медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы	ТЗ, КВ
ПК-6.3. Назначает слухопротезирование и дает рекомендации по уходу за слухопротезирующими устройствами	ТЗ, КВ

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Шкала и критерии оценивания результатов № 1

Оценка	Вид задания
	Контрольные вопросы
Незачтено	Фрагментарные знания. при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.
Зачтено	ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

Шкала и критерии оценивания результатов № 2

Оценка	Вид задания
	Выполнение тестовых заданий
Незачтено	70% и менее
Зачтено	Более 71%

Критерии оценки сформированности компетенции для промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора
--------	---

	компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет с оценкой.

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции и их индикаторы
Промежуточная аттестация № 1			
1 этап	Тестирование	ТЗ	ПК-4, ПК-5, ПК-6
2 этап	Собеседование	КВ	ПК-4, ПК-5, ПК-6

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции - ПК-4, ПК-5, ПК-6):

- Особенности строения периферического и центрального отдела вестибулярного анализатора. Аномалии развития.
- Особенности иннервации, кровоснабжения внутреннего уха.
- Анатомия отолитового и ампулярного рецептора.
- Основные функции отолитового и ампулярного рецептора. Законы Эвальда.
- Функциональные связи вестибулярного анализатора: вестибуло-мозжечковая связь, вестибуло-кортикальная связь, вестибуло-вегетативная связь, вестибуло-окулярный рефлекс, вестибуло-спинальный рефлекс
- Простая и сенсебилизованная проба Ромберга. Указательные пробы. Проба Барре-Водака-Фишера. Проба на диадохокinez. Маршевая проба. Ходьба по прямой линии. Фланговая ходьба. Тандемная ходьба.
- Тест на оценку явного и скрытого спонтанного и взор-индуцированного нистагма. Тест встряхивания головы. Тест плавного слежения. Тест саккад. Тест поворота головы. Оптикинети́ческий тест. Тест Вальсальвы. Тест с гипервентиляцией. Фистульная проба. Симптом Тулио. Тест оценки динамической остроты зрения. Позиционные тесты при доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении. Тест Dix-Hallpike. Roll-тест. Инструментальные методы оценки вестибулярной функции. Видеонистагмоскопия. Электро- и видеонистагмография. Вращательная проба (шаговый и синусоидальный вращательный тест). Калорическая проба. Видеоимпульсный тест. Вестибулярные вызванные миогенные потенциалы. Отолитовая реакция по В.И.Воячеку. «Тест с ведром» для определения субъективной зрительной вертикали. Электрокохлеография. Постурография и стабилметрия.
- Дифференциальная диагностика вестибулярного нейронита и инсультов.
- Дифференциальная диагностика периферического и центрального нистагма. Алгоритм НГТ в диагностике пациента с острым головокружением. Медикаментозное лечение вестибулярного нейронита.
- Принципы и упражнения вестибулярной реабилитации.
- Классификация лабиринтитов по происхождению, характеру течения. Алгоритм диагностики. Показания к консервативному и хирургическому лечению.

12. Продольные и поперечные переломы височной кости.
13. Баротравма.
14. Перилимфатическая фистула. Алгоритм диагностики. Показания к консервативному, хирургическому лечению, вестибулярной реабилитации.
15. Патогенез отолитиаза. Диагностические позиционные тесты при отолитиазе различных полукружных каналов. Типы отолитиаза по локализации отолитиаза. Ассоциация отолитиаза с другими заболеваниями внутреннего уха. Лечебные репозиционные маневры при различных типах отолитиаза. Фармакотерапия.
16. Этиология, патогенез, стадии заболевания. Клинические критерии при постановке диагноза. Дегидратационный тест, электрокохлеография, калорическая проба. Подходы к консервативному и хирургическому лечению.
17. Теории патогенеза, диагностические критерии постановки диагноза. Дифференциальная диагностика с болезнью Меньера. Принципы профилактической терапии и купирования острого приступа.
18. Этиология, патогенез и клинические проявления. Диагностика на основе КТ височных костей, результатов аудиометрического исследования, вестибулярных вызванных миогенных потенциалов и пробы Вальсальвы. Подходы к хирургическому лечению.
19. Теории патогенеза и диагностические критерии. Подходы к консервативному и хирургическому лечению.
20. Синдром *Mal de debarquement*, аутоиммунные поражения внутреннего уха, энцефалопатия Вернике и др. Теории патогенеза и клинические проявления. Дифференциальная диагностика. Подходы к лечению
21. Персистирующее постурально-перцептивное головокружение.
22. Двусторонняя вестибулопатия и пресбивестибулопатия.
23. Вестибулярная шваннома.

Тестовые задания с эталонами ответов

(проверяемые индикаторы компетенции - ПК-4, ПК-5, ПК-6):

1. «Театральная», вычурная или осторожная походка в тесте ходьбы по прямой линии характерна для
 - 1) двустороннего периферического поражения вестибулярной системы;
 - 2) одностороннего периферического поражения вестибулярной системы;
 - 3) поражения мозжечка;
 - 4) психогенных расстройств.+**
2. В основе стато-координаторных тестов лежит оценка
 - 1) вестибуло-вегетативного рефлекса;
 - 2) вестибуло-окулярного рефлекса;
 - 3) вестибуло-спинального рефлекса;+**
 - 4) рвотного рефлекса;
 - 5) стапедиального рефлекса.
3. В прессорной пробе возникновение нистагма обусловлено
 - 1) наличием фистулы в верхнем полукружном канале;
 - 2) наличием фистулы в горизонтальном полукружном канале;+**
 - 3) наличием фистулы в заднем полукружном канале;
 - 4) эндолимфатическим гидросом лабиринта.
4. В пробе Dix-Hallpike для тестирования правого заднего полукружного канала надо голову пациента
 - 1) повернуть на 45° влево;
 - 2) повернуть на 45° вправо;+**
 - 3) повернуть на 70° вправо;
 - 4) повернуть на 90° вправо.

5. В пробе Вальсальвы нистагм может наблюдаться при

1) дегисценции переднего полукружного канала;+

2) отолитиазе горизонтального полукружного канала;

3) отолитиазе заднего полукружного канала;

4) отосклерозе.

6. В результате работы вестибуло-окулярного рефлекса при повороте головы вправо

1) глаза закрываются в результате моргания;

2) глаза остаются неподвижными в орбитах;

3) глаза содруженственно поворачиваются влево;+

4) глаза содруженственно поворачиваются вправо.

7. В тесте Хальмаги при одностороннем поражении правого лабиринта

1) возникает корректирующая саккада при повороте головы влево;

2) возникает корректирующая саккада при повороте головы вправо;+

3) наблюдается потеря 2 строк;

4) наблюдается потеря более 2 строк по шкале Снеллена.

8. В указательной пробе при поражении мозжечка характерно

1) гармоничное промахивание обеими руками в сторону поражения;

2) гармоничное промахивание обеими руками в сторону, противоположенную поражению;

3) гиперметрия и интенционный тремор;+

4) нарушение супинации обеими руками.

9. В фистульной пробе наблюдают за возникновением нистагма при

1) встряхивании головы;

2) нагнетании воздуха в наружный слуховой проход;+

3) укладывании пациента на спину с запрокинутой головой вправо;

4) установке камертона С128 на сосцевидный отросток.

10. Дисметрия в тесте саккад характерна для

1) двусторонней периферической гипофункции;

2) односторонней периферической гипофункции;

3) поражения вестибулярных ядер ствола мозга;

4) поражения височной доли;

5) поражения мозжечка.+

11. Для двусторонней вестибулопатии в тесте Хальмаги характерно выявление

1) вертикального нистагма при повороте головы в обе стороны;

2) компенсаторных саккад при повороте головы в обе стороны;+

3) скрытого нистагма при повороте головы в обе стороны;

4) явного нистагма при повороте головы в обе стороны.

12. Для диагностики доброкачественного пароксизмального позиционного

головокружения при отолитиазе горизонтального полукружного канала используется

1) roll-тест;+

2) проба Dix-Hallpike;

3) проба Вальсальвы;

4) тест встряхивания головы.

13. Для диагностики доброкачественного пароксизмального позиционного

головокружения при отолитиазе заднего полукружного канала используется

1) roll-тест;

2) проба Dix-Hallpike;+

3) проба Вальсальвы;

4) тест встряхивания головы.

14. Для периферического нистагма характерно

1) изменение направления в очках Френзеля;

2) изменение направления при изменении направления взора;

3) увеличение интенсивности в очках Френзеля;+

4) уменьшение интенсивности в очках Френзеля.

15. Для периферического нистага характерно

- 1) **однонаправленность при изменении направления взора;**+
- 2) разнонаправленность при изменении направления взора;
- 3) **следование закону Александра;**+
- 4) уменьшение интенсивности в очках Френзеля;
- 5) уменьшение интенсивности после встряхивания головы.

16. Для подтверждения диагноза двусторонней вестибулопатии используется

- 1) **видеоимпульсный тест;**+
- 2) **калорическая проба;**+
- 3) слуховые вызванные потенциалы;
- 4) тональная пороговая аудиометрия.

17. Для положительной пробы Dix-Hallpike характерно

- 1) **возникновение вертикального нистага вверх с ротаторным компонентом в сторону пораженного уха;**+
- 2) возникновение горизонтального нистага в сторону пораженного уха;
- 3) **возникновение субъективного головокружения;**+
- 4) отсутствие латентного периода;
- 5) продолжение нистага при усаживании пациента.

18. Для поражения (угнетения левого лабиринта) в маршевой пробе характерно

- 1) **отклонение пациента от первоначального положения больше 30° влево;**+
- 2) отклонение пациента от первоначального положения больше 30° вправо;
- 3) падение пациента вперед;
- 4) падение пациента назад.

19. Для центрального спонтанного нистага характерно

- 1) **изменение направления при изменении направления взора;**+
- 2) однонаправленность при изменении направления взора;
- 3) **появление вертикального нистага при отведении взора;**+
- 4) усиление интенсивности нистага в очках Френзеля;
- 5) усиление нистага при отведении взора в сторону быстрого компонента нистага.

20. Замедление саккад свидетельствует о

- 1) двустороннем гидропсе лабиринта;
- 2) двустороннем периферическом поражении вестибулярной системы;
- 3) одностороннем периферическом поражении вестибулярной системы;
- 4) очаговом поражении извилины Гешля;
- 5) **стволовых нарушениях.**+

21. Нарушения в тесте оптокинеза свидетельствуют

- 1) о двусторонней гипорефлексии лабиринтов;
- 2) о поражении вестибулярной порции VIII пары черепных нервов;
- 3) **о поражении центральных отделов вестибулярной системы;**+
- 4) об односторонней лабиринтной арефлексии.

22. Нарушения в тесте плавного слежения свидетельствуют

- 1) о двусторонней гипорефлексии лабиринтов;
- 2) о нарушении вестибуло-окулярного рефлекса;
- 3) **о поражении центральных отделов вестибулярной системы;**+
- 4) об односторонней лабиринтной арефлексии.

23. Особенностью очков Френзеля является наличие

- 1) **встроенной подсветки глаз;**+
- 2) мигающего источника света;
- 3) **увеличивающих линз +16 — +20 дптр;**+
- 4) увеличивающих линз +3 — +6 дптр.

24. Очки Френзеля используют при проведении

- 1) **теста встряхивания головы;**+
- 2) теста на оптокинез;

3) теста саккад;

4) теста спонтанного нистагма.+

25. Периферический нистагм

1) вертикальный при отведении взора;

2) меняет направление при изменении направления взора;

3) однонаправлен при изменении направления взора;+

4) уменьшается в очках Френзеля.

26. При двусторонней вестибулопатии в тесте Ромберга наблюдается

1) вестибулярный ганглий, ядра 7 пары, 6 пары и 3 пары черепных нервов;

2) вестибулярный ганглий, ядра 8 пары, 6 пары и 3 пары черепных нервов;+

3) коленчатый ганглий, ядра 8 пары, 6 пары и 3 пары черепных нервов;

4) спиральный ганглий, ядра 8 пары, 6 пары и 3 пары черепных нервов.

27. При двусторонней вестибулопатии проводят диагностику с

1) болезнью Паркинсона;+

2) доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением;

3) периферической нейропатией;+

4) эпилепсией.

28. При доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении правого заднего полукружного канала в пробе Dix-Hallpike возникает

1) вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом влево;

2) вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом вправо;+

3) вертикальный нистагм вниз с ротаторным компонентом вправо;

4) горизонтальный нистагм вверх с ротаторным компонентом вправо.

29. При доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении, каналолитиазе правого горизонтального полукружного канала в roll-тесте при повороте головы вправо возникает

1) вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом вправо;

2) левосторонний горизонтальный нистагм;

3) правосторонний горизонтальный нистагм;+

4) ротаторный нистагм.

30. При доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении, купулолитиазе правого горизонтального полукружного канала в roll-тесте при повороте головы вправо возникает

1) вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом вправо;

2) левосторонний горизонтальный нистагм;+

3) правосторонний горизонтальный нистагм;

4) ротаторный нистагм.

31. При каналолитиазе правого горизонтального полукружного канала в roll-тесте характерно

1) более выраженное головокружение при повороте головы в здоровую сторону;

2) более выраженное головокружение при повороте головы в пораженную сторону;+

3) наличие апогеотропного нистагма;

4) наличие геотропного нистагма;+

5) тошнота, рвота.

32. При купулолитиазе правого горизонтального полукружного канала в roll-тесте характерно

1) более выраженное головокружение при повороте головы в здоровую сторону;+

2) более выраженное головокружение при повороте головы в пораженную сторону;

3) наличие апогеотропного нистагма;+

4) наличие геотропного нистагма;

5) тошнота, рвота.

33. При нарушении в тесте плавного слежения наблюдаются

1) дисметрия саккад;

2) корректирующие саккады при слежении;+

3) позиционный нистагм;

4) спазм аккомодации.

34. При односторонней периферической вестибулопатии (угнетении пораженного лабиринта) пациент

1) падает в разные стороны;

2) преимущественно отклоняется в сторону здорового лабиринта;

3) преимущественно отклоняется в сторону пораженного лабиринта;+

4) преимущественно отклоняется вперед;

5) преимущественно отклоняется назад.

35. При одностороннем поражении правого лабиринта в тесте встряхивания головы наблюдается усиление или появление

1) вертикального нистагма вверх;

2) вертикального нистагма вниз;

3) левостороннего горизонтального нистагма;+

4) правостороннего горизонтального нистагма.

36. При оценке нистагма пациента просят следить за мишенью

1) находящейся под углом 20-30° вправо или влево по горизонтали от средней линии;+

2) находящейся под углом 45° вверх или вниз по вертикали от средней линии;

3) находящейся под углом 50-70° вправо или влево по горизонтали от средней линии;

4) находящейся под углом 90° вправо или влево по горизонтали от средней линии.

37. При поражении (угнетении) правого лабиринта в указательной пробе характерно

1) гармоничное промахивание обеими руками в сторону здорового лабиринта;

2) гармоничное промахивание обеими руками в сторону пораженного лабиринта;+

3) гиперметрия и интенционный тремор;

4) дисгармоничное промахивание рукой на стороне поражения.

38. При поражении вестибулярной системы периферического генеза часто наблюдается

1) дисметрия саккад;

2) компенсаторная саккада в тесте Хальмаги;+

3) нарушение плавного слежения;

4) спонтанный нистагм, изменяющийся по закону Александра.+

39. При поражении вестибулярной системы центрального генеза часто наблюдается

1) дисметрия саккад;+

2) компенсаторная саккада в тесте Хальмаги;

3) нарушение плавного слежения;+

4) спонтанный нистагм, изменяющийся по закону Александра.

40. При пробе Вальсальвы изменение давления в эндолимфатическом пространстве возникает при

1) дегисценции верхнего полукружного канала;+

2) каналолитиазе горизонтального полукружного канала;

3) наличии дефекта мембраны окна улитки или кольцевидной связки преддверия;+

4) склеротических изменениях барабанной перепонки;

5) фиксации стремени в окне преддверия.

41. При проведении теста Хальмаги

1) врач совершает быстрый и неожиданный поворот вправо или влево на 15-20°;+

2) врач совершает быстрый и неожиданный поворот вправо или влево на 70-80°;

3) пациент фокусируется на кончике носа врача;+

4) пациент фокусируется на своем кончике носа.

42. При проведении теста встряхивания головы

1) голова пациента поворачивается вверх-вниз примерно 20 раз;

2) голова пациента поворачивается вправо-влево примерно 20 раз;+

3) используют очки Френзеля;+

4) пациент следит за мишенью;

5) пациент следит за оптокинетическим барабаном.

43. При проведении теста на оптокинез используется

1) видеоочки Френзеля;

2) оптокинетическая решетка;

3) оптокинетический барабан;+

4) очки Френзеля.

44. Рефлекторная дуга вестибуло-окулярного рефлекса включает

1) значение gain горизонтальных полукружных каналов 0,5 и выше;

2) нормальное значение gain при вращении в одну из сторон;

3) отсутствие снижения gain ниже нормальных значений;

4) снижение gain горизонтальных полукружных каналов менее 0,1.+

45. С целью улучшения постуральной устойчивости при двусторонней вестибулопатии используют

1) дыхательную гимнастику;

2) репозиционные маневры;

3) ходьбу в условиях оптокинетической стимуляции;+

4) ходьбу с изменением направления движения;+

5) ходьбу с использованием экзоскелета.

46. Скрытый спонтанный нистагм определяется

1) в очках Френзеля;+

2) в тесте оптокинеза;

3) в тесте саккад;

4) при закрытых глазах.

47. Центральные спонтанные нистагмы наблюдаются при

1) двусторонней гипорефлексии;

2) односторонней лабиринтной гипорефлексии;

3) патологии окологлочка мозжечка;+

4) патологии ядра Кахаля в среднем мозге;+

5) эндолимфатическом гидропсе лабиринта.

48. Вертикальный нистагм вверх наблюдается при

1) болезни Гентингтона;

2) вестибулярном нейроните;

3) двусторонней вестибулопатии;

4) рассеянном склерозе;+

5) энцефалопатии Вернике.+

49. Вертикальный нистагм вниз наблюдается при

1) двусторонней вестибулопатии;

2) персистирующем постурально-перцептивном головокружении;

3) пресбивестибулопатии;

4) церебеллярной атрофии.+

50. Вестибулярная реабилитация при персистирующем постурально-перцептивном головокружении включает

1) кардиотренировку;

2) упражнения на габитуацию;+

3) упражнения на развитие выносливости;

4) упражнения на развитие гибкости;

5) упражнения на развитие силы икроножных мышц.

51. Головокружение может быть побочным эффектом

- 1) бетагистина;
- 2) витамина Д;
- 3) ибупрофена;
- 4) топических стероидов;
- 5) фуросемида.+

52. Диагноз персистирующего постурально-перцептивного головокружения можно поставить, если симптоматика наблюдается на протяжении

- 1) 1 месяца;
- 2) 1 недели;
- 3) 2 месяцев;
- 4) 3 дней;
- 5) **более 3 месяцев.**+

53. Диагностика односторонней периферической вестибулопатии включает

- 1) вибрационный тест;
- 2) нейромиографию;
- 3) **тест Хальмаги;**+
- 4) **тест нистагма;**+
- 5) электрокохлеографию.

54. Для двусторонней вестибулопатии характерно

- 1) головокружение в положении лежа;
- 2) головокружение при укладывании и вставании с постели;
- 3) неустойчивость и осциллопсия в положении лежа;
- 4) неустойчивость и осциллопсия при ходьбе;+
- 5) обмороки и предобмороки.

55. Для лечения центрального вестибулярного нистагма используют

- 1) ацетазолamid;
- 2) **баклофен;**+
- 3) бетагистин;
- 4) **клоназепам;**+
- 5) экстракт EGB 761.

56. Для подтверждения диагноза двусторонней вестибулопатии используют

- 1) КТ височных костей;
- 2) МРТ головного мозга;
- 3) вестибулярные вызванные миогенные потенциалы;
- 4) видеоимпульсный тест;+
- 5) электрокохлеографию.

57. Из методов психотерапии наибольшую эффективность показал

- 1) гештальт-терапия;
- 2) **когнитивно-бихевиориальный метод;**+
- 3) метод гипноза;
- 4) психоанализ;
- 5) транзактный анализ.

58. К общесоматическим заболеваниям, часто проявляющимся головокружением относится

- 1) амилоидоз;
- 2) **анемия;**+
- 3) гастрит;
- 4) ожирение;
- 5) остеопороз.

59. К основным направлениям лечения при двусторонней вестибулопатии относятся

- 1) **вестибулярная имплантация;**+
- 2) купирование болевого синдрома;

3) **профилактика падений**;+

4) уменьшение интенсивности нистагма;

5) устранение отолитиаза полукружных каналов.

60. К ототоксическим препаратам относятся

1) **аминогликозиды**;+

2) бензодиазепины;

3) бета-блокаторы;

4) бетагистины;

5) вестибулярные супрессанты.

61. К провоцирующим факторам развития персистирующего постурально-перцептивного головокружения относятся

1) двусторонняя вестибулопатия;

2) доброкачественное пароксизмальное позиционное головокружение;+

3) **паническая атака**;+

4) полинейропатия;

5) сенсоневральная тугоухость.

62. Комплексное лечение персистирующего постурально-перцептивного головокружения включает

1) антиагреганты;

2) антибактериальную терапию;

3) **вестибулярную реабилитацию**;+

4) гипотензивную терапию;

5) **фармакотерапию**.+

63. Лечение хронической односторонней вестибулопатии включает

1) **вестибулярную реабилитацию**;+

2) магнитную транскраниальную стимуляцию;

3) массаж;

4) репозиционные маневры;

5) электрофорез с карбонатом кальция.

64. Нарушение вестибуло-окулярного рефлекса при двусторонней вестибулопатии клинически проявляется

1) **осциллопсией**;+

2) полинейропатией;

3) системным головокружением;

4) снижением остроты зрения в покое;

5) снижением слуха и шумом в ушах.

65. Одним из самых чувствительных клинических тестов для выявления полинейропатии является

1) исследование вибрационной чувствительности;+

2) тест Хальмаги;

3) тест нистагма;

4) тест плавного слежения;

5) тест саккад.

66. Под хроническим головокружением понимают симптомокомплекс, включающий

1) неустойчивость при ходьбе;+

2) осциллопсию;+

3) светобоязнь;

4) сенсоневральную тугоухость;

5) тошноту и рвоту.

67. Полинейропатия подтверждается при использовании инструментального метода

1) видеоимпульсного теста;

2) видеонистагмографии;

3) вращательного теста;

- 4) калорической пробы;
- 5) нейромиографии.+

68. Полинейропатия часто развивается при

- 1) артериальной гипертензии;
- 2) болезни Меньера;
- 3) вестибулярной мигрени;
- 4) остеопорозе;
- 5) сахарном диабете.+

69. Положительный эффект назначения селективных ингибиторов обратного захвата серотонина при персистирующем постурально-перцептивном головокружении в среднем наблюдается

- 1) на следующий день;
- 2) через 1 — 2 месяца;
- 3) через 1 месяц;
- 4) через 2 — 3 месяца;+
- 5) через 2 недели.

70. Пресбивестибулопатия развивается

- 1) в 30 — 40 лет;
- 2) в возрасте старше 60 лет;+
- 3) в подростковом возрасте;
- 4) внутриутробно;
- 5) у детей.

71. При болезни малых сосудов наблюдается

- 1) вращательное головокружение;
- 2) нарушение когнитивных функций;+
- 3) односторонняя головная боль высокой интенсивности;
- 4) приступы позиционного головокружения;
- 5) фото- и фонофобия.

72. При двусторонней вестибулопатии неустойчивость усиливается

- 1) в дневное время;
- 2) в темноте;+
- 3) на неровной поверхности;+
- 4) после еды;
- 5) при ярком свете и громких звуках.

73. При персистирующем постурально-перцептивном головокружении симптомы усиливаются

- 1) в вертикальном положении;+
- 2) в положении лежа на боку;
- 3) в положении лежа на спине;
- 4) во сне;
- 5) при активных или пассивных движениях.+

74. При центральном вестибулярном нистагме наблюдается

- 1) гемикрания;
- 2) головокружение при изменении положения тела;
- 3) осциллопсия только при ходьбе;
- 4) постоянная осциллопсия;+
- 5) синкопальные состояния.

75. Причиной развития двусторонней вестибулопатии может быть прием пациентом

- 1) азитромицина;
- 2) амоксициллина;
- 3) гентамицина;+
- 4) кларитромицина;
- 5) цефотаксима.

76. Фармакотерапия при персистирующем постурально-перцептивном головокружении включает

- 1) антиаритмики;
- 2) бензодиазепины;
- 3) бетагистины;
- 4) гипотензивную терапию;
- 5) селективные ингибиторы обратного захвата серотонина.+

77. Хроническая односторонняя вестибулопатия может развиваться вследствие

- 1) вестибулярного нейронита;+
- 2) вестибулярной мигрени;
- 3) вестибулярной шванномы;+
- 4) доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения;
- 5) эпилепсии.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «**Вестибулопатии**»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**

направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция - в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;

- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.

- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;

- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);

- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловые вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемым, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь со смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию, формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как теоретика

и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы».

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность «среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать ряд особенных, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую

характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять, на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции, следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общая закономерность и на ее основе подлежат анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разного рода тезисными записями и планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению

лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучаемых.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

- рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;
- методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

- Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

- заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;
- досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;
- самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, самостоятельности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проективных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой обучающимся к

данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общих и профессиональных компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

– репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

– активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

– интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

– разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

– максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

– использование бланков документов, инструктивных материалов;

– наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

– чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);

- составление плана текста;
- графическое изображение структуры текста;
- составление электронной презентации;
- конспектирование текста;
- подготовка выписок из текста;
- работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;

- научно-исследовательская работа;
- использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

– работа с конспектом лекций;

– работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);

- составление плана и тезисов ответа;
- составление таблиц для систематизации учебного материала;
- изучение нормативных материалов;
- ответы на контрольные вопросы;
- аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);
- заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;
- подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;
- подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;
- составление резюме;
- написание истории болезни;
- составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

- решение задач и упражнений по образцу;
- решение вариативных задач и упражнений;
- отработка манипуляций;
- выполнение расчетно-графических работ;

- решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;
- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовок каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

3. Составление конспектов

Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

– **плановый**. При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.

– **тематический конспект**, является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.

– **текстуальный конспект**, представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.

– **свободный конспект**, включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;

2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;

3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;

4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

– композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;

– отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;

– язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;

– аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.

2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата (читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, познакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

- 1) по полноте изложения:
 - информативные (рефераты-конспекты);
 - индикативные (рефераты-резюме);
- 2) по количеству реферируемых источников:
 - монографические;
 - обзорные;
- 3) по читательскому назначению:
 - общие;
 - ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;
 - специализированные;
 - ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.
2. Содержание.
3. Введение.
4. Основная часть.
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, curaция больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начала до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;
- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные

подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздки, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишённого эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределённо-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылкам на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объём заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объём работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объём могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объём не включаются.*

Цвет шрифта – чёрный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, чёрного цвета, одинаковым по всему объёму текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нем не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела, разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела, 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается:**

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак «Ø» для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например > (больше), < (меньше), = (равно), ≤ (меньше или равно), ≥ (больше или равно), ≠ (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставиться неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не умещается в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;
- перед скобками и после них: (a+b)(d+c);

Косой крест (x) в качестве знака умножения ставиться:

- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1). Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзацного отступа.

Например:

$$W=wgkc, \quad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;

k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;

c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;

– цитирование должно быть полным, без искажения смысла;

– пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

- Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);
- указы Президента РФ (в той же последовательности);
- постановления Правительства РФ (в той же очередности);
- иные нормативные правовые акты;
- иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);
- монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);
- иностранная литература;
- интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

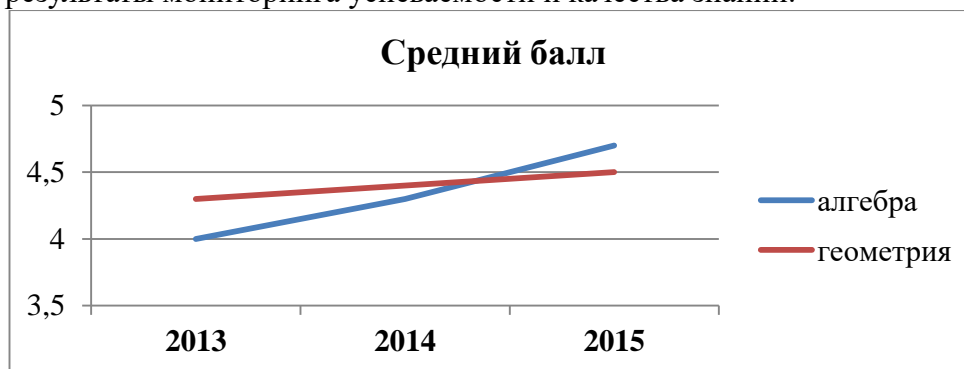


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеолярную группы пучков волокон (Рис. 5).

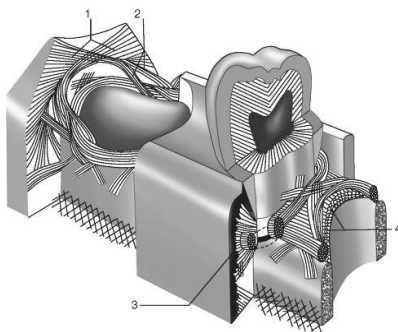


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Дисциплина	ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование направленности)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра психологии (наименование кафедры)

Форма обучения	Очная
Курс	1
Занятия лекционного типа	6 час.
Занятия семинарского типа	24 час.
Всего аудиторной работы	30 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	42 час.
Форма промежуточной аттестации	Зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/2 (час/зач.ед.)

Рабочая программа дисциплины «Основы психосоматики» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 99 от 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 136н от 14.03.2018 «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова

СОСТАВИТЕЛИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Щукина Мария Алексеевна	д.п.н.	Профессор кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Вагайцева Маргарита Валерьевна	к.п.н.	Доцент кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа дисциплины «Основы психосоматики» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры психологии «20» декабря 2022 г., протокол № 4.

Рабочая программа дисциплины «Основы психосоматики» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол №03/2023.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Дисциплина «Основы психосоматики» является неотъемлемым звеном в части формирования системы универсальных компетенций при подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология. Содержание дисциплины направлено на формирование представлений о психосоматических расстройствах, критериях их диагностики, факторах и механизмах формирования. Психосоматика рассматривается как теоретическая и практическая междисциплинарная область медицины и психологии. В ходе изучения дисциплины рассматриваются основные теории и модели психосоматики и их значение для лечебной практики, вопросы адаптации к болезни в случае психосоматических нарушений. Особое внимание уделяется роли в профилактике психосоматических расстройств.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: формирование представлений о психосоматических нарушениях, критериях их диагностики, факторах и механизмах формирования, а также роли врача в профилактике психосоматических нарушений.

Задачи изучения дисциплины:

1. Познакомить с содержанием и задачами дисциплины «Психосоматика» в системе медицинских и психологических наук.
2. Рассмотреть основные теории и модели психосоматики и их значение для лечебной практики.
3. Развивать клиническое видение и понимание возникновения психосоматических нарушений, понимание роли врача в профилактике психосоматических расстройств.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Основы психосоматики» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1 модуля «Элективные дисциплины. Общепрофессиональный модуль» учебного плана.

Междисциплинарные и внутрдисциплинарные связи:

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами:

- «Педагогика».

3.ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК)

Компетенция	Индикатор	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	Знает: - возможности и способы применения основ психосоматики в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения основ психосоматики в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте	Знает: - методы и приемы психосоматической диагностики для применения в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - использовать методы и приемы психосоматической диагностики в профессиональном контексте	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Использует знания основ социопсихологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Знает: - принципы общения с учетом культурологических и социальных особенностей психосоматических пациентов	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - учитывать в профессиональной деятельности культурологические и социальные особенности психосоматических пациентов	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Знает: - приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и психосоматических пациентов	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - использовать приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и психосоматических пациентов	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для профилактики психосоматических заболеваний	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		Умеет: - использовать методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для профилактики психосоматических заболеваний	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, Р -- рефераты

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1 Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	30	30
Из них:		
Занятия лекционного типа	6	6
Занятия семинарского типа	24	24
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	42	42
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	72	72
часы	72	72
зач. ед.	2	2
Из них на практическую подготовку в час.*	40	40

**Практическая подготовка (ПП)* - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы

4.2 Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Тема 1 Общие представления о психосоматических расстройствах.	2	4	8	14	6
Тема 2. Психосоматические теории и модели.	2	8	12	22	10
Тема 3. Психологическая адаптация к болезни.	2	4	12	18	8
Тема 4. Роль врача в профилактике психосоматических расстройств.	-	8	10	18	9
ИТОГО	6	24	42	72	33

7. Занятия семинарского типа: Семинары-С

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 50% от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и занятий самостоятельной работы.

4.3 Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Содержание темы	Перечень индикаторов достижения компетенций	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля **
1.	Общие представления о психосоматических расстройствах.	2	Биопсихосоциальная концепция здоровья и болезни. Соотношения психического и соматического при патологических состояниях. Понятие психосоматической диатез. Классификация психосоматических нарушений.	УК-1.2	Мультимедийная аппаратура, презентации	КВ
2.	Психосоматические теории и модели.	2	Психодинамический подход в психосоматике. Характерологические психосоматические концепции. Концепции психофизиологического направления. Интегративные психосоматические модели, полифакторные механизмы развития психосоматического заболевания.	УК-1.3, УК-5.2	Мультимедийная аппаратура, презентации	КВ
3.	Психологическая адаптация к болезни.	2	Психологические особенности больных с различными психосоматическими заболеваниями. Определение картины личности больного при различных психосоматических расстройствах. Личностное реагирование пациента и близких пациента на диагноз, болезнь и ее последствия.	УК-4.1, УК-5.2	Мультимедийная аппаратура, презентации	КВ
Всего за ПА		6				

4.4 Тематический план занятий семинарского типа

№ темы	Форма проведения занятия	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП *	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций	Оценочные средства для текущего контроля
1.	Семинар	Общие представления о психосоматических расстройствах.	4	2	Основные понятия психосоматики. Психосоматика как область междисциплинарных знаний. Основные источники психосоматических заболеваний. Подходы к классификации психосоматических заболеваний.	УК-1.2	КВ, ТЗ
2.	Семинар	Психосоматические теории и модели.	4	2	Нейрогуморальные теории психосоматических расстройств. Конституционные типы и проблема предрасположенности к соматическим заболеваниям. Поведение типа А: психологический аспект изучения. Поведение типа Д: психологический аспект изучения. Концепция стресса Селье и ее роль в понимании психосоматической патологии.	УК-1.3, УК-5.2	КВ, ТЗ

	Семинар		4	2	Психодинамический подход к проблемам психосоматики. Механизмы психологической защиты и их роль в развитии психосоматического симптомогенеза. Теория «выученной беспомощности» (М. Селигман), роль в становлении психосоматических расстройств.	УК-1.3, УК-5.2	КВ, ТЗ
3.	Семинар	Психологическая адаптация к болезни.	4	2	Фазы, психологические и соматические критерии адаптации к болезни. Концепции внутренней картины болезни (ВКБ) и отношения к болезни. Типология личностного реагирования на болезнь. Субъективная модель болезни как фактор комплаенса.	УК-4.1, УК-5.2	КВ, ТЗ, СЗ
4.	Семинар	Роль врача в профилактике психосоматических расстройств.	4	2	Проявления и психологические механизмы конверсии. Характеристика и типы соматизированных (маскированных) депрессий. Роль врача в профилактике соматизированных депрессий.	УК-4.3, УК-5.2	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар				4		
ВСЕГО за ПА в час.			24	12			

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

Оценочные средства: КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи, ТЗ – тестовые задания

4.5 Внеаудиторная самостоятельная работа

Вид самостоятельной работы	Часы	из них на ПП *	Формируемые индикаторы компетенций
Подготовка к занятиям, ведение дневника наблюдений	18	9	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	6	3	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернетресурсов	18	9	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
ВСЕГО	42	21	

Самостоятельная проработка некоторых тем – не предусмотрена

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1 Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств			
		КВ	ТЗ	СЗ	Р
Текущий контроль	Тема 1. Общие представления о психосоматических расстройствах	10	25	-	10
	Тема 2. Психосоматические теории и модели.	10	25	-	10
	Тема 3. Психологическая адаптация к болезни.	10	25	5	15
	Тема 4. Роль врача в профилактике психосоматических расстройств.	10	25	10	15
ИТОГО		40	100	15	50

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, Р – темы для рефератов

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации

№ п/п	Наименование темы (раздела) Дисциплины	Код контролируемого индикатора компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Общие представления о психосоматических расстройствах	УК-1.2	КВ, ТЗ
2.	Психосоматические теории и модели.	УК-1.3, УК-5.2	КВ, ТЗ
3.	Психологическая адаптация к болезни.	УК-4.1, УК-5.2	КВ, ТЗ, СЗ
4.	Роль врача в профилактике психосоматических расстройств.	УК-4.3, УК-5.2	КВ, ТЗ, СЗ

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи

5.3 Организация контроля самостоятельной работы

№ п/п	Вид работы	Код контролируемого индикатора компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Подготовка к занятиям	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	КВ
2.	Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	КВ
3.	Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернетресурсов	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	КВ

КВ – контрольные вопросы.

5.4 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет

Этапы проведения промежуточной аттестации:

1. Тестирование. Тестовая база содержит 100 заданий, из которых случайным образом выбирается 20 заданий, на которые студент должен дать ответ за 20 минут.
2. Предоставление реферата по дисциплине.

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые индикаторы компетенций
1	Реферат	Р	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
2	Тестирование	ТЗ	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания

Критерии оценивания результата промежуточной аттестации:
«Зачтено» – при условии положительных результатов на 1, 2 этапе.
«Не зачтено» – при наличии одного или более неудовлетворительных результатов.

Примерные темы рефератов:

1. Психосоматические заболевания. Общее понятие.
2. Основные психосоматические концепции
3. Психосоматические модели ишемической болезни сердца.
4. Психосоматические особенности нарушений пищевого поведения.
5. Психологические особенности больных с соматоформными расстройствами.
6. Различные типы внутренней картины болезни при психосоматических заболеваниях.
7. Особенности формирования и проявлений нозогенных реакций.
8. Психосоматические взаимосвязи здоровья матери и ребенка.
9. Проблема комплаенса в психосоматической медицине, методы его оценки и коррекции.
10. Психологические механизмы адаптации к болезни.
11. Психосоматические взаимосвязи при заболеваниях кожи.
12. Перспективы психофизиологических методов исследования в психосоматике.
13. Методы психокоррекции в психосоматике.
14. Психосоматика заболеваний дыхательной системы. Психосоматические заболевания желудочно-кишечного тракта.
15. Методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния врача.

Примеры типовые оценочные средства

Примеры типовых контрольных вопросов:

для проверки формирования индикаторов компетенций:

УК-1.2, УК-1.3

1. Биопсихосоциальная концепция болезненных расстройств.
2. Практическая значимость основных концепций психосоматических расстройств.

УК-4.1, УК-4.3

1. Причины возникновения психосоматических расстройств.
2. Маркеры психосоматического расстройства.

УК-5.2

1. Этические нормы при взаимодействии с человеком в ситуации психосоматического расстройства.
2. Профилактика профессионального выгорания в работе врача.

Примеры ситуационных задач

для проверки формирования индикаторов компетенций:

УК-4.1, УК-4.3

1. В ходе обследования органические основания жалоб не подтверждаются. Сообщите пациенту о необходимости обращения к врачу-психотерапевту.
2. Состояние пациента объективно стабильное, но пациент настаивает на ухудшении своего состояния. Постройте конструктивную беседу с пациентом.

УК-5.2

1. На приеме родственник пациента ведет себя агрессивно и угрожает подать жалобу на врача. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
2. На приеме пациент возбужденным и убеждает врача в обоснованности своих жалоб. Постройте тактику экологичного взаимодействия.

Примеры типовых тестовых заданий:

для проверки формирования индикаторов компетенций:

УК-1.2, УК-1.3

ТЗ 1. Автор классификации психосоматических расстройств:

- a) Селье;
- b) Смулевич;**
- c) Мечников;
- d) Фрейд.

ТЗ 2. Автор концепции неспецифического синдрома адаптации:

- a) Смулевич;
- b) Фрейд;
- c) Мечников;
- d) Селье.**

УК-4.1, УК-4.3

ТЗ 1. К соматоформным нарушениям относятся:

- a) алекситимия;**
- b) классическая депрессия;
- c). хронический болевой синдром;
- d). онкологические заболевания.

ТЗ2. К экологичным техникам взаимодействия с психосоматическими больными НЕ относятся:

- a) категоричность;
- b) паттернализм;
- c) отвержение;
- d) категоричность; паттернализм; отвержение**

УК-5.2

1. ТЗ 1. Способы поддержания психического и профессионального здоровья врача:

- a) самореализация и профессиональный рост;
- b) регулярное участие в балинтовских группах;
- c) соблюдение принципов этики и психогигиены в работе с пациентами и мед. Персоналом;
- d) самореализация и профессиональный рост; регулярное участие в балинтовских группах; соблюдение принципов этики и психогигиены в работе с пациентами и мед. Персоналом.**

2. ТЗ 2. Основные факторы, влияющие на эмоциональное благополучие и профессиональное долголетие врача.

- a) регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность;
- b) самореализация и профессиональный рост;
- c) регулярные индивидуальные или групповые супервизии;
- d) регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность; самореализация и профессиональный рост; регулярные индивидуальные или групповые супервизии.**

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в Приложении №1 к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные

библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1. Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (<http://www.multitran.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

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

Основная литература:

1. Психосоматика / Ф. И. Белялов. - 9-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467244.html>

2. Психосоматические расстройства / Тополянский В. Д., Струковская М. В. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460788.html>
3. Психиатрия: национальное руководство. Краткое издание / под ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова; отв. ред. Г. Э. Мазо. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462959.html>
4. Психиатрия. Основы клинической психопатологии: учебник / Цыганков Б. Д., Овсянников С. А. - 3-е изд., стер. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458761.html>

Дополнительная литература:

1. Дерматологический атлас / под ред. О. Ю. Олисовой, Н. П. Теплюк — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434826.html>
2. Рациональная фармакотерапия в психиатрической практике: руководство для практикующих врачей / под общ. ред. Ю. А. Александровского, Н. Г. Незнанова — М.: Литтерра, 2014. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423501341.html>
3. Ментальная медицина: адаптивное управление сознанием и здоровьем / П. И. Сидоров — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441480.html>
4. Медицинская психология: учебное пособие / Петрова Н. Н. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461181.html>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по дисциплине «Основы психосоматики» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Основы психосоматики» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Основы психосоматики» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав и квалификация научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Основы психосоматики» соответствует требованиям ФГОС ВО - ординатура по направлению подготовки 37.04.01 Психология.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОБУЧЕНИЯ ПО ДИСЦИПЛИНЕ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Основы психосоматики» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»

Специальность ординатуры	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач-оториноларингология»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**
по дисциплине «ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

Наименование раздела (темы) Дисциплины	Коды индикаторов контролируемых компетенций	Наименование оценочного средства *
Тема 1. Общие представления о психосоматических расстройствах.	УК-1.2	КВ, ТЗ
Тема 2. Психосоматические теории и модели.	УК-1.3, УК-5.2	КВ, ТЗ
Тема 3. Психологическая адаптация к болезни.	УК-4.1, УК-5.2	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 4. Роль врача в профилактике психосоматических расстройств.	УК-4.3, УК-5.2	КВ, ТЗ, СЗ
Подготовка реферативной работы	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	Р

* **Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, СЗ-ситуационная задача

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальная компетенция – УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знает: - возможности и способы применения психосоматики в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ: Тема 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения психосоматической диагностики в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ: Тема 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте	Знает: - методы и приемы психосоматической диагностики для применения в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ: Тема 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать методы и приемы психосоматической диагностики в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на СЗ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Универсальная компетенция – УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-4.1. Использует знания основ психосоматики и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом особенностей эмоционального реагирования на ситуацию онкологического заболевания.	Знает: - принципы общения с учетом культурологических и социальных особенностей психосоматических пациентов и их родственников	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ: Тема 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - учитывать в профессиональной деятельности культурологические и социальные особенности пациентов и их родственников	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на СЗ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Знает: - приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и психосоматических пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ: Тема 4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и психосоматических пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на СЗ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Универсальная компетенция – УК-5

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для профилактики психосоматических заболеваний	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ: Темы 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для профилактики психосоматических заболеваний	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

Оценка	Критерии
Зачтено	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу. Могут быть допущены недочеты в ответах на вопросы, исправленные ординатором

	самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.
Не зачтено	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает недостаточное раскрытие терминов, концепций, теорий по дисциплине. Ответ содержит ряд серьезных неточностей, выводы поверхностны или неверны. Не может привести примеры из практики. Логически непоследовательно излагает материал.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Защита реферата
Не зачтено	70% и менее	Тема не раскрыта. Выбор источников не соответствует теме. Требования к оформлению и структуре реферата не соблюдены.
Зачтено	Более 70%	Степень раскрытия темы достаточная. Обоснованный выбор источников. Требования к оформлению и структуре реферата соблюдены. Выводы соответствуют практической значимости.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к определенной науке, отрасли или объектам, не узнает их в текстах, изображениях или схемах и не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный элемент содержания не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые индикаторы компетенций
1 этап	Тестирование	ТЗ	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
2 этап	Написание реферата по теме	Экспертная оценка преподавателя	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

СЗ – ситуационные задачи

Тема 1. Общие представления о психосоматических расстройствах.

Проверяемые компетенции: УК-1.2

Контрольные вопросы

1. Биопсихосоциальная концепция болезненных расстройств.
2. Практическая значимость основных концепций психосоматических расстройств.
3. Опишите этапы развития психосоматики в мире.
4. Опишите этапы развития психосоматики в России.
5. Назовите основополагающие принципы психосоматики.
6. Назовите основные подходы психосоматики.
7. Назовите основные методы психосоматики.
8. Опишите взаимосвязь психики и тяжелого хронического заболевания.
9. Расскажите о взаимосвязи психики и соматики.
10. Расскажите о взаимосвязи отношения к здоровью и типа личности человека.

Тема 2. Психосоматические теории и модели.

Проверяемые компетенции: УК-1.3, УК-5.2

Контрольные вопросы

1. Поясните характер психосоматического нарушения.
2. Поясните понятие «большая семерка».
3. Дайте определение понятиям «стресс» и «дистресс».
4. Причины возникновения психосоматических расстройств.
5. Маркеры психосоматического расстройства.
6. Назовите этапы течения психосоматических нарушений.
7. Поясните взаимосвязь типов отношения к болезни и психосоматических нарушений.
8. Опишите особенности восприятия психосоматических нарушений.
9. Назовите основные способы диагностики психосоматических нарушений.
10. Опишите особенности восприятия психосоматических нарушений у родственников пациентов.

Тема 3. Психологическая адаптация к болезни.

Проверяемые компетенции: УК-4.1, УК-5.2

Контрольные вопросы

1. Назовите специалистов, сопровождающих пациента с психосоматическими нарушениями.
2. Этические нормы при взаимодействии с человеком в ситуации психосоматических нарушений.
3. Опишите роль семьи пациента в ситуации психосоматических нарушений.
4. Опишите признаки внутреннего неблагополучия семьи пациента в ситуации психосоматических нарушений.
5. Опишите особенности изменений внутри семьи пациента в ситуации психосоматических нарушений.

6. Назовите особенности переживания семьи пациента в ситуации психосоматических нарушений.
7. Назовите риски дезадаптации членов семьи пациента в ситуации психосоматических нарушений.
8. Назовите основные типы реагирования членов семьи пациента в ситуации психосоматических нарушений.
9. Этические нормы при взаимодействии с человеком в ситуации психосоматического расстройства.
10. Профилактика профессионального выгорания в работе врача.

Ситуационные задачи

1. В ходе первичного приема возникает подозрение на психосоматические нарушения. Сообщите пациенту о необходимости обращения к врачу-психотерапевту.
2. Состояние пациента без динамики. Проинформируйте пациента о специфике психосоматических нарушений.
3. На приеме родственник пациента ведет себя агрессивно и несдержанно. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
4. На приеме пациент выглядит удрученным и деконцентрированным. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
5. На приеме родственник взрослого пациента настаивает на утаивании диагноза от пациента. Постройте тактику экологичного взаимодействия.

Тема 4. Роль врача в профилактике психосоматических расстройств.

Проверяемые компетенции: УК-4.3, УК-5.2

Контрольные вопросы

1. Раскройте понятие «психосоматическое расстройство».
2. Расскажите о профилактике вторичной травматизации в работе врача.
3. Перечислите основные методы профилактики вторичной травматизации врача первичного звена.
4. Перечислите основные методы саморегуляции эмоционального напряжения.
5. Опишите алгоритм саморегуляции эмоционального напряжения.
6. Как связаны вторичная травматизация и синдром эмоционального выгорания.
7. Расскажите о синдроме эмоционального выгорания.
8. Перечислите основные факторы формирования эмоционального выгорания.
9. Назовите основные проявления эмоционального выгорания.
10. Расскажите о профилактике синдрома эмоционального выгорания врача.

Ситуационные задачи

1. В ходе обследования органические основания жалоб не подтверждаются. Сообщите пациенту о необходимости обращения к врачу-психотерапевту.
2. Состояние пациента объективно стабильное, но пациент настаивает на ухудшении своего состояния. Постройте конструктивную беседу с пациентом.
3. На приеме родственник пациента ведет себя агрессивно и угрожает подать жалобу на врача. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
4. На приеме пациент возбужденным и убеждает врача в обоснованности своих жалоб. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
5. В ходе приема диагностируется отрицательная динамика заболевания. Сообщите пациенту об этом.
6. Состояние пациента ухудшилось. Родственник пациента обвиняет врача и угрожает жалобой. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
7. На приеме родственник пациента выглядит подавленным. Постройте тактику экологичного взаимодействия.

8. На приеме пациент деконцентрирован, снова и снова переспрашивает о том, как ему жить. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
9. На приеме онкологический пациент демонстрирует убежденность в том, что его заболевание носит психосоматический характер. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
10. На приеме врач почувствовал острое раздражение на пациента. Сформулируйте ряд гипотез о причине раздражения. Постройте тактику экологичного взаимодействия.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Проверяемые компетенции: УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2

Темы рефератов

1. Этапы развития психосоматического направления в мире.
2. Этапы развития психосоматического направления в России.
3. Основопологающие принципы психосоматического направления.
4. Направления и подходы в психосоматическом направлении.
5. Основные методы и задачи психосоматического направления.
6. Психика и соматика. Взаимосвязь и взаимовлияние.
7. Эпидемиология психосоматической заболеваемости.
8. Актуальная статистика детской психосоматики.
9. Понятие «психосоматическое нарушение». Виды, методы лечения, этапы течения болезни.
10. Селье. Теория стресса.
11. Психосоматическая теория как бытовой миф.
12. Особенности восприятия заболевания психосоматическими пациентами.
13. Адаптация человека в ситуации психосоматического нарушения.
14. Влияние бытовых заблуждений на восприятие психосоматических нарушений.
15. Психосоматические нарушения и психическое здоровье человека.
16. Платон. «Хармид, или о благоразумии».
17. Личко. Типы отношения к болезни.
18. Мясищев. Личность как система отношений.
19. Причины психосоматических реакций.
20. Александр Ф. Психосоматическая медицина. Принципы и практическое применение.
21. Малкина-Пых И. Г. Психосоматика.
22. Плужников, И. 4 главных мифа о психосоматике.
23. Критическая оценка психосоматических обоснований Луизы Хэй и Лиз Бурбо.
24. Цели и задачи врача при взаимодействии с родственником психосоматического пациента.
25. Цели и задачи врача-психотерапевта при взаимодействии с родственником онкологического пациента.
26. Модель конструктивного взаимодействия врача при проявлениях реагирования по типу. «родственник».
27. Модель конструктивного взаимодействия врача при проявлениях реагирования по типу. «очевидец».
28. Модель конструктивного взаимодействия врача при проявлениях реагирования по типу. «наблюдатель».
29. Особенности детско-родительского взаимодействия в ситуации психосоматического заболевания.
30. Особенности взаимодействия с пациентом с диагнозом алекситимии.
31. Особенности взаимодействия с пациентом с психодерматологическим диагнозом.
32. Особенности взаимодействия с пациентом с онкологическим диагнозом.
33. Особенности взаимодействия с пациентом с эндокринной патологией.
34. Синдром студента-медика.
35. Управление конфликтом в практике врача.

36. Взаимодействие с трудным пациентом.
37. Индивидуальный стиль взаимодействия врача.
38. Этика в профессии врача.
39. Деонтология.
40. Вторичная психическая травма.
41. ПТСР.
42. Эмоциональное выгорание.
43. Маркеры вторичной травматизации врача.
44. Балинтовская группа.
45. Профессиональное выгорание специалистов и персонала в стационаре.
46. Специфика балинтовских сессий для специалистов в стационаре.
47. Почему я стал врачом.
48. Методы профилактики рисков вторичной травматизации врача.
49. Методы профилактики рисков эмоционального выгорания врача.
50. Психосоматика – мифы и врачебная практика.

Тестовые задания с эталонами ответов

1. Психосоматика – это:

- a) процесс целенаправленного воздействия психики на тело
- b) процесс влияния телесных изменений на психику
- c) развитие представлений о возможностях человека
- d) **бытовое сокращение термина «психосоматическая медицина»**

2. Психосоматическая медицина это:

- a) наука о душе
- b) лечение тела
- c) **направление медицинской психологии**
- d) эзотерика

3. Предметом психосоматической медицины является:

- a) болезнь
- b) **психологические факторы возникновения и лечения болезней**
- c) стресс как основной фактор формирования заболевания
- d) психологические аспекты лечения заболевания

4. Объектом психосоматической медицины является:

- a) болезнь
- b) **адаптация человека к ситуации болезни**
- c) стресс как основной фактор формирования заболевания
- d) психологические аспекты лечения заболевания

5. Первые упоминания о влиянии психики на здоровье в мире представили:

- a) **Гиппократ**
- b) Берн
- c) Фрейд
- d) Уотсон

6. Первые исследования в области психосоматики в России проводили ученые школы:

- a) Пирогова
- b) Ганнушкина
- c) Выготского
- d) **Павлова**

7. Основателем современной психосоматики считается:

- a) Павлов
- b) Фрейд
- c) Кречмер
- d) Александер**

8. Развитие психосоматики как науки определило:

- a) запрос на психологическую помощь в социальной сфере
- b) забота о здоровом образе жизни
- c) требование соматических пациентов
- d) развитие медицинской психологии**

9. Теорию стресса сформулировал:

- a) Фрейд
- b) Селье**
- c) Олпорт
- d) Ганнушкин

10. Автор классификации психосоматических расстройств:

- a) Селье
- b) Смулевич**
- c) Мечников
- d) Фрейд

11. Автор концепции неспецифического синдрома адаптации:

- a) Смулевич
- b) Фрейд
- c) Мечников
- d) Селье**

12. Задачами психосоматики являются:

- a) глубинное исследование личности пациента
- b) научение пациента правильному реагированию на болезнь
- c) коррекция эмоционального напряжения человека в ситуации болезни**
- d) профилактика стресса

13. Термин «психосоматика» был введен:

- a) в Древней Греции
- b) в начале XX века
- c) в начале XIX века**
- d) находится на этапе формирования

14. Ведущими факторами влияния на восприятие болезни в психосоматике считаются

- a) особенности личности человека**
- b) развитие медицины
- c) течение болезни
- d) настрой на борьбу с болезнью

15. К соматоформным нарушениям относятся:

- a) алекситимия**
- b) классическая депрессия
- c) хронический болевой синдром

d) онкологические заболевания

16. К экологичным техникам взаимодействия с психосоматическими больными НЕ относятся:

- a) принятие
- b) паттернализм**
- c) слушание
- d) конфронтация

17. Дигностика в психосоматике позволяет:

- a) определить топографические нарушения у пациента
- b) выявить психологические свойства пациента**
- c) установить психиатрический диагноз пациента
- d) назначить фармакологическое лечение пациента

18. Мишенями воздействия в психосоматике являются:

- a) коррекция ситуативных острых психических реакций
- b) адаптация пациента к новым условиям жизнедеятельности
- c) коммуникация пациента с врачом, близкими
- d) коррекция психического расстройства**

19. Ведущей технологией в психосоматике является:

- a) психологическая коррекция**
- b) суггестивные методы
- c) психологическая поддержка
- d) информирование пациента

20. Психосоматическое и соматоформное расстройство это:

- a) разные названия одного расстройства
- b) расстройства со схожими симптомами**
- c) противоположные расстройства
- d) бытовое и научное название расстройств

21. Термин «психосоматические» в МКБ-10:

- a) используется при описании невротических расстройств личности
- b) используется при описании психических повреждений
- c) используется при описании пограничной личности
- d) не используется**

22. Метод коррекционного воздействия в психосоматике – это:

- a) способ стимулирования принятий решения путем предъявления эталона
- b) правильный для определенного заболевания способ отношения к болезни
- c) способ воздействия на сознание, волю и чувства онкологического пациента с целью адаптации к ситуации заболевания
- d) осмысление взаимосвязи между соматическим симптомом и психическими реакциями пациента

23. Под психосоматическим расстройством подразумевают:

- a) психические расстройства, не измеримые на физическом уровне
- b) психические расстройства, измеримые на физическом уровне**
- c) физические расстройства, не измеримые на психическом уровне
- d) физические расстройства, измеримые на психическом уровне

24. Под соматопсихическим расстройством подразумевают:

- a) психические расстройства, не измеримые на физическом уровне
- b) психические расстройства, измеримые на физическом уровне
- c) физические расстройства, не измеримые на психическом уровне
- d) физические расстройства, измеримые на психическом уровне

25. Конверсионные симптомы это:

- a) объективные симптомы
- b) динамические симптомы
- c) устойчивые симптомы
- d) **симптомы, которых объективно нет**

26. Функциональные синдромы это нарушение органов или систем, при которых:

- a) патофизиологические изменения подтверждаются
- b) **патофизиологические изменения не подтверждаются**
- c) патофизиологические изменения иногда подтверждаются
- d) патофизиологические изменения с трудом подтверждаются

27. Психосоматоз это:

- a) телесная реакция на переживание обиды
- b) телесная реакция на стресс
- c) телесная реакция на воздействие среды
- d) **телесная реакция на конфликтное переживание**

28. К психосоматическим заболеваниям принято относить:

- a) бронхиальную астму
- b) язвенный колит
- c) нейродермит
- d) **бронхиальную астму; язвенный колит; нейродермит**

29. К психосоматическим заболеваниям не принято относить:

- a) ревматоидный артрит
- b) эссенциальную гипертензию
- c) бронхиальную астму
- d) **онкологические заболевания**

30. Бесплодие:

- a) относится к психосоматозам
- b) **может относиться к психосоматозам**
- c) не относится к психосоматозам
- d) не может относиться к психосоматозам

31. Булимия это:

- a) **психическое расстройство**
- b) соматическое расстройство
- c) психосоматическое расстройство
- d) соматопсихическое расстройство

32. Алекситимия:

- a) психическое расстройство
- b) психосоматическое расстройство
- c) соматопсихическое расстройство
- d) **характеристика личности**

33. Алиментарное ожирение это:

- a) психосоматическое заболевание
- b) соматическое заболевание**
- c) соматиопсихическое заболевание
- d) характеристика личности

34. Патогенез психосоматических расстройств определяется:

- a) нарушениями деятельности ЦНС
- b) состоянием в период травматического события
- c) особенностями личности
- d) нарушениями деятельности ЦНС; состоянием в период травматического события; особенностями личности**

35. Патогенез психосоматических расстройств не определяется:

- a) наследственной предрасположенностью
- b) фоном социальных факторов
- c) особенностями психотравмирующей ситуации
- d) культуральными особенностями**

36. Патогенез психосоматического расстройства предполагает наличие:

- a) патологической импульсации
- b) сверхактуального переживания
- c) устойчивое воздействие на мишень
- d) патологической импульсации; сверхактуального переживания; устойчивое воздействие на мишень**

37. Патогенез психосоматического расстройства не предполагает наличие:

- a) патологической импульсации
- b) устойчивых для любого индивида взаимосвязей**
- c) сверхактуального переживания
- d) устойчивое воздействие на мишень

38. Отношение к болезни - это:

- a) Новое отношение в системе отношений индивида
- b) Индуктор изменений системы отношений
- c) Субъективное восприятие болезни
- d) Новое отношение в системе отношений индивида; Индуктор изменений системы отношений; Субъективное восприятие болезни**

39. Теорию «Личность как система отношений» сформулировал:

- a) Фрейд
- b) Кюблер-Росс
- c) Селье
- d) Мясищев**

40. Отношение к болезни не влияет на:

- a) течение болезни
- b) прогноз выздоровления пациента
- c) выживаемость пациента

d) качество жизни пациента

41. Теорию отношения к болезни сформулировал:

- a) Мясищев
- b) Кюблер-Росс
- c) Селье
- d) Личко**

42. К типу отношения к болезни не относится:

- a) эргопатическое
- b) ответственное**
- c) сензитивное
- d) ипохондрическое

43. Качество жизни - это:

- a) субъективная оценка своего состояния
- b) состояние безусловного психического здоровья
- c) состояние безусловного соматического здоровья
- d) состояние психосоматического здоровья

44. Качество жизни не включает в себя следующие параметры личности:

- a) физические
- b) психические
- c) духовные
- d) психосматические**

45. Решающее значение на восприятие ситуации болезни оказывают:

- a) личностные особенности индивида**
- b) тяжесть болезни
- c) психологическая поддержка
- d) информирование пациента

46. Для психосоматического заболевания характерны:

- a) витальная угроза
- b) высокий уровень неопределенности
- c) агрессивные методы лечения
- d) устойчивый дискомфорт**

47. К компонентам отношения к болезни не относится:

- a) эмоциональный
- b) мотивационный
- c) когнитивный
- d) стресс**

48. Основным эмоциональным состоянием психосоматического пациента является:

- a) страх
- b) беспокойство
- c) агрессия
- d) тревога**

49. Сколько сформулировано фаз динамики психического состояния:

- a) 2

- b) 3
- c) 4
- d) 5

50. К реактивным психическим состояниям психосоматических пациентов относятся:

- a) аффективные реакции, связанные с постановкой диагноза, ухудшением физического состояния, прогрессированием заболевания
- b) озабоченность своим физическим состоянием, фиксированность на соматических симптомах, поиск и отслеживание дискомфорта со стороны различных систем органов**
- c) аффективные реакции безразличия к происходящим событиям в жизни, физическому состоянию, ходу лечения длительность более 6 месяцев
- d) реакции избегания травмирующих лечебных процедур, отказ от диагностических обследований, пренебрежение рекомендациями лечащего врача.

51. В синдром деморализации не включены переживания:

- a) беспомощности
- b) бессмысленности
- c) желания умереть
- d) вины**

52. Направленная первичная психологическая помощь психосоматическому пациенту заключается в:

- a) исследовании анамнеза жизни пациента**
- b) инициации осознания вытесняемых переживаний пациента
- c) диагностическом обследовании пациента
- d) нейропсихологическом обследовании пациента

53. Ситуация психосоматического заболевания актуализирует переживания:

- a) одиночества
- b) конечности жизни
- c) смысла жизни
- d) устойчивого дискомфорта**

54. Снижение эмоционального напряжения не отражается на уровне:

- a) когнитивном
- b) мотивационном
- c) эмоциональном
- d) материальном**

55. К основным методикам психосоматического исследования относятся:

- a) методика УСК
- b) методика ММИЛ Кеттела**
- c) методика Нюттена
- d) методика СДВ

56. К основным методикам психосоматического исследования не относятся:

- a) методика ЕРІ Айзенка
- b) методика ММРІ
- c) методика САН
- d) пробы Шульте**

57. К основным принципам психосоматической интервенции относятся:

- a) принцип системности

- b) принцип индивидуализации
- c) принцип опосредованности
- d) принцип системности; принцип индивидуализации; принцип опосредованности**

58. К основным принципам психосоматической интервенции не относятся:

- a) принцип «клиники терапии»
- b) принцип отношений
- c) принцип среды
- d) принцип краткосрочности**

59. К разработчикам клинико-эмпирического подхода в психосоматической медицине не относятся:

- a) Ослер
- b) Конечный
- c) Карвасарский**
- d) Боухал

60. К представителям психоанализа как базы психосоматических представлений не относят:

- a) Фрейда
- b) Юнга
- c) Адлера
- d) Фромма**

61. К представителям теории специфического конфликта относят:

- a) Фрейда
- b) Адлера
- c) Боухала
- d) Александра**

62. К представителям концепции личностных профилей относят:

- a) Фрейда
- b) Александра
- c) Боухала
- d) Дунбара

63. Концепцию неспособности к эмоциональному резонансу представил:

- a) Адлер
- b) Фромм
- c) Конечный
- d) Рузов**

64. Концепцию взаимосвязи стресса и психосоматического заболевания представляет:

- a) Фрейд
- b) Александер
- c) Хорни
- d) Селье**

65. К представителям психофизиологического направления в психосоматике относят:

- a) Джонсона
- b) Березина
- c) Анохина

d) Александера

66. Причина психосоматики в теории нарушения структуры «Я» Аммона:

- a) деструктивную тревогу
- b) деструктивный нарциссизм
- c) дефицитарную тревогу
- d) дефицитарный нарциссизм**

67. Депрессивные состояния не включают чувство:

- a) беспомощности
- b) безнадежности
- c) вины
- d) положительной самооценки**

68. Бессознательное чувство вины на поведенческом уровне не может проявляться:

- a) подавленностью
- b) аффектом
- c) агрессией
- d) конструктивной ответственности**

69. Преодолеть реактивное депрессивное состояние помогает:

- a) наставительная позиция
- b) игнорирующая позиция
- c) сочувствующая позиция
- d) нейтральная принимающая позиция**

70. В функции коммуникации врача с пациентом не входит:

- a) воспитательная**
- b) просветительская
- c) информационная
- d) поддерживающая

71. К преморбидным чертам фиксации дыхательных нарушений относят:

- a) высокую устойчивость к стрессам
- b) личностную зрелость
- c) эмоциональную стабильность
- d) инфантилизм**

72. К преморбидным чертам фиксации дыхательных нарушений не относят:

- a) устойчивость к стрессам**
- b) незрелость психических защит
- c) трудности вербализации чувств
- d) тревожность

73. К семейным факторам фиксации дыхательных нарушений не относят:

- a) недостаток эмоционального тепла
- b) гиперопеку**
- c) табуирование плача
- d) чрезмерные ограничения

74. Способы поддержания психического и профессионального здоровья врача:

- a) самореализация и профессиональный рост

- b) регулярное участие в балинтовских группах
- c) соблюдение принципов этики и психогигиены в работе с пациентами и мед. персоналом
- d) самореализация и профессиональный рост; регулярное участие в балинтовских группах; соблюдение принципов этики и психогигиены в работе с пациентами и мед. персоналом**

75. Основные факторы, влияющие на эмоциональное благополучие и профессиональное долголетие врача.

- a) регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность
- b) самореализация и профессиональный рост
- c) регулярные индивидуальные или групповые супервизии
- d) регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность; самореализация и профессиональный рост; регулярные индивидуальные или групповые супервизии**

76. Вторичная травматизация – это:

- a) соматическое повреждение
- b) психосоматическое повреждение
- c) индуцирование специалиста сверхсильным эмоциональным напряжением клиента**
- d) психическое повреждение

77. Вторичная травматизация характеризуется:

- a) скрытым накапливанием эмоционального напряжения
- b) внезапностью возникновения сильного эмоционального напряжения**
- c) устойчивым умеренным фоновым эмоциональным напряжением
- d) устойчивым низким фоновым эмоциональным напряжением

78. Вторичная травматизацию:

- a) следует избегать
- b) невозможно избежать**
- c) стыдно признавать
- d) бесполезно профилактировать

79. Вторичная травматизация характерна для профессии:

- a) строителя
- b) бухгалтера
- c) менеджера среднего звена
- d) врача**

80. Вторичная травматизация и эмоциональное выгорание:

- a) разные названия одного и того же явления
- b) взаимосвязанные явления**
- c) взаимоисключающие явления
- d) схожие явления

81. Эмоциональное выгорание – это:

- a) соматическая реакция на стресс
- b) психосоматическая реакция на стресс
- c) соматопсихическая реакция на стресс
- d) неадаптивная реакция на стресс**

82. Эмоциональное выгорание характеризуется:

- a) **Скрытым накапливанием эмоционального напряжения**
- b) Внезапностью возникновения сильного эмоционального напряжения
- c) Устойчивым умеренным фоновым эмоциональным напряжением
- d) Скрытым накапливанием эмоционального напряжения; Внезапностью возникновения сильного эмоционального напряжения; Устойчивым умеренным фоновым эмоциональным напряжением

83. Эмоциональное выгорание:

- a) Следует избегать
- b) **Невозможно избежать**
- c) Стыдно признавать
- d) Следует избегать; Невозможно избежать; Стыдно признавать

84. Эмоциональное выгорание характерно для профессии:

- a) Психолога
- b) Врача
- c) Бухгалтера
- d) **Специалиста в сфере коммуникации**

85. К уровням профилактики эмоционального выгорания не относятся:

- a) личностный
- b) профессиональный
- c) организационный
- d) **культуральный**

86. К основным подходам в профилактике эмоционального выгорания не относятся:

- a) снижение уровня стресса
- b) осознание смысла работы
- c) осознание смысла жизни
- d) **увеличение нагрузки**

87. Эффективная коммуникация не является:

- a) фактором профилактики эмоционального выгорания
- b) признаком профессионализма
- c) признаком личностной зрелости человека
- d) **признаком нравственности**

88. Эффективная коммуникация не включает в себя:

- a) осознание специалистом собственных мотивов
- b) реалистичность ожиданий специалиста
- c) понимание специалистом особенностей целевой группы
- d) **паттернизм**

89. Основные способы саморегуляции эмоционального напряжения не включают в себя:

- a) изменение тонуса скелетных мышц
- b) активное включение представлений и чувственных образов
- c) использование программирующей и регулирующей роли слова
- d) **фармакотерапию**

90. Эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной угрозы, называется:

- a) астения
- b) депрессия
- c) **тревога**
- d) стресс

91. К личностным факторам риска профессионального выгорания относят:

- a) слабый тип нервной системы
- b) **устойчивую стрессирующую нагрузку**
- c) генетическая предрасположенность
- d) анамнез жизни специалиста

92. К методам профилактики синдрома эмоционального выгорания не относятся:

- a) улучшение навыков профессиональной коммуникации
- b) **формирование паттерналистической тенденции**
- c) формирование антипаттерналистической тенденции
- d) освоение навыков саморегуляции

93. Эффективная коммуникация с ребенком дошкольного возраста подразумевает:

- a) сдержанное общение
- b) **игровое общение**
- c) общение через представителя ребенка
- d) подчеркнуто добродушное общение

94. Трудная информация должна сообщаться пациенту:

- a) строго
- b) настойчиво
- c) завуалировано
- d) **нейтральными формулировками**

95. Взаимодействие с пациентом в состоянии дистресса должно быть:

- a) сдержанным
- b) строгим
- c) добродушным
- d) **уважительным**

96. Профессиональная позиция врача не включает:

- a) Принятие неизбежности физической смерти
- b) Принятие нормативности реакций горя
- c) Толерантность к любым религиозным направлениям
- d) **Обесценивание реакций пациента**

97. Профессиональная позиция врача, сообщающего об отрицательной динамике заболевания не включает в себя:

- a) уважение к пациенту
- b) доверие адаптивным ресурсам пациента
- c) уверенность в положительных аспектах информирования
- d) **демонстрацию сопереживания**

98. Трудную информацию врач должен сопровождать фразой:

- a) Все будет хорошо
- b) Вы не должны расстраиваться
- c) Позитивный настрой – залог здоровья
- d) **Что для Вас сейчас важно уточнить?**

99. К основным факторам, влияющие на эмоциональное благополучие и профессиональное долголетие специалиста не относятся:

- а) регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность;
- б) самореализация и профессиональный рост;
- с) периодическое участие в Балинтовских сессиях
- д) одобрение пациентов**

100. Балинтовская сессия не является:

- а) Эффективный метод профилактики профессионального выгорания врача
- б) Эффективный метод осознание вторичной травматизации врача
- с) Методом, включающим в себя элементы развития коммуникативных навыков врача
- д) Основным методом коррекции психосоматического расстройства**

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ на тестовые задания

№	Верный ответ	№	Верный ответ	№	Верный ответ
1	d	35	d	69	d
2	c	36	d	70	a
3	b	37	b	71	d
4	b	38	d	72	a
5	a	39	d	73	b
6	d	40	d	74	d
7	d	41	d	75	d
8	d	42	b	76	c
9	c	43	a	77	b
10	b	44	d	78	b
11	d	45	a	79	d
12	c	46	d	80	b
13	c	47	d	81	d
14	a	48	d	82	a
15	a	49	b	83	b
16	b	50	b	84	d
17	b	51	d	85	d
18	d	52	a	86	d
19	a	53	d	87	d
20	b	54	b	88	d
21	d	55	d	89	d
22	d	56	d	90	c
23	b	57	d	91	b
24	a	58	c	92	b
25	d	59	d	93	b
26	b	60	d	94	d
27	d	61	d	95	d
28	d	62	d	96	d
29	d	63	d	97	d
30	b	64	d	98	d
31	a	65	d	99	d
32	d	66	d	100	d
33	b	67	d		
34	d	68	d		

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Основы психосоматики»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция - в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно

излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;
- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.
- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;
- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);
- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловыe вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемому, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и

исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь со смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию, формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как

теоретика и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы».

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность «среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать ряд особенных, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую

характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять, на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также

случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции, следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общезакономерность и на ее основе подлежат анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разного рода тезисными записями и

планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучаемых.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

– рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;

– методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

- Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

– заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;

– досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;

– самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, самостоятельности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой

обучающимся к данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общих и профессиональных компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

– репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

– активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

– интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

– разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

– максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

– использование бланков документов, инструктивных материалов;

– наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

- чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);

- составление плана текста;

- графическое изображение структуры текста;

- составление электронной презентации;

- конспектирование текста;

- подготовка выписок из текста;

- работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;

- научно-исследовательская работа;

- использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

- работа с конспектом лекций;

- работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);

- составление плана и тезисов ответа;

- составление таблиц для систематизации учебного материала;

- изучение нормативных материалов;

- ответы на контрольные вопросы;

- аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);

- заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;

- подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;

- подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;

- составление резюме;

- написание истории болезни;

- составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

- решение задач и упражнений по образцу;

- решение вариативных задач и упражнений;

- отработка манипуляций;

- выполнение расчетно-графических работ;

- решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;

- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовок каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

3. Составление конспектов

Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

- **плановый.** При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.
- **тематический конспект,** является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.
- **текстуальный конспект,** представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.
- **свободный конспект,** включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;
2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;
3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;
4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

- композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;
- отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;
- язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;
- аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.
2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата (читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, познакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

1) по полноте изложения:

- информативные (рефераты-конспекты);
- индикативные (рефераты-резюме);

2) по количеству реферируемых источников:

- монографические;
- обзорные;

3) по читательскому назначению:

- общие;
- ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;
- специализированные;
- ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.
2. Содержание.
3. Введение.
4. Основная часть.
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, курация больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начало до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;
- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздкие, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишённого эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределённо-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылкам на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объём заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объём работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объём могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объём не включаются.*

Цвет шрифта – чёрный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, чёрного цвета, одинаковым по всему объёму текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нем не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела, разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела, 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается**:

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак «∅» для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например > (больше), < (меньше), = (равно), ≤ (меньше или равно), ≥ (больше или равно), ≠ (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставиться неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не умещается в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;
- перед скобками и после них: (a+b)(d+c);

Косой крест (x) в качестве знака умножения ставиться:

- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1). Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзацного отступа.

Например:

$$W=wgkc, \quad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;

k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;

c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;

– цитирование должно быть полным, без искажения смысла;

– пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

- Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);
- указы Президента РФ (в той же последовательности);
- постановления Правительства РФ (в той же очередности);
- иные нормативные правовые акты;
- иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);
- монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);
- иностранная литература;
- интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с

новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

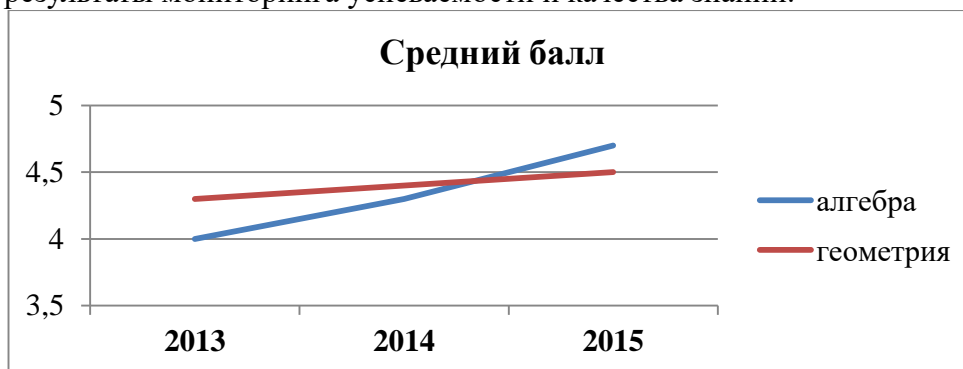


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеоларную группы пучков волокон (Рис. 5).

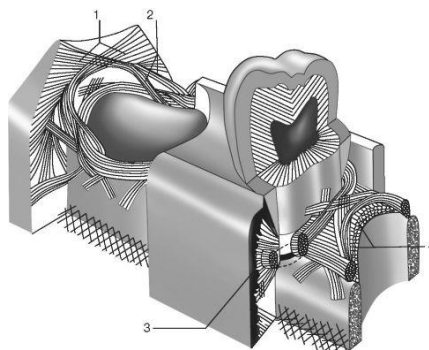


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	ОСНОВЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование направленности)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра психологии (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1
Занятия лекционного типа	6 час.
Занятия семинарского типа	24 час.
Всего аудиторной работы	30 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	42 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/2 (час. /зач. ед.)

Рабочая программа дисциплины «Основы перинатальной психологии» составлена в соответствии с Федеральными государственными образовательным стандартом высшего образования - программой подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология, утвержденной соответствующим приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации 2 февраля 2022г., № 99.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Щукина Мария Алексеевна	д.п.н.	Профессор кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Великанов Арсений Апетович	к.п.н., доцент	Доцент кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3	Вагайцева Маргарита Валерьевна	к.п.н	Доцент кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа дисциплины «Основы перинатальной психологии» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры психологии «20» декабря 2022 г., протокол № 4.

Рабочая программа дисциплины «Основы перинатальной психологии» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Дисциплина «Основы перинатальной психологии» является неотъемлемым звеном в части формирования системы универсальных компетенций при подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология. Содержание дисциплины направлено на подготовку специалиста, обладающего компетенциями толерантного восприятия социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий, понимающего содержание, психологические и психофизиологические особенности, эволюционные и культурные основы материнства и отцовства, способного планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины:

Целью изучения дисциплины «Основы перинатальной психологии» является подготовка высококвалифицированного врача, обладающего системой универсальных компетенций, необходимых в профессиональном взаимодействии врача с пациентами и членами их семей в период планирования и вынашивания беременности, в родовом и послеродовом периоде.

Задачи изучения дисциплины:

1. Освоение ординаторами знаний о современном состоянии и теоретических основах перинатальной психологии.
2. Рассмотрение принципов организации процесса этического взаимодействия с пациентами гинеколога-акушерского профиля и членами их семей в период планирования и вынашивания беременности, в родовом и послеродовом периоде.
3. Формирование умений конструктивного профессионального общения врача с коллегами при курировании пациентов гинеколога-акушерского профиля.
4. Психологическая подготовка ординаторов к профессиональному взаимодействию с пациентами и членами их семей в трудных перинатальных ситуациях, в том числе при перинатальной потере.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Основы перинатальной психологии» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1 модуля «Элективные дисциплины. Общепрофессиональный модуль» учебного плана.

Междисциплинарные и внутрдисциплинарные связи:

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами:

- «Этика и основы профессионального общения»;
- «Педагогика».

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) компетенций:

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения	
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	Знает: - возможности и способы применения перинатальной психологии в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р	
			Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения перинатальной психологии в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р	
		УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Знает: - методы и приемы перинатальной психологии для применения в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р	
			Умеет: - использовать методы и приемы перинатальной психологии в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р	
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Знает: - принципы общения с учетом культурологических и социальных особенностей пациентов гинеколога-акушерского профиля	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р	
			Умеет: - учитывать в профессиональной деятельности культурологические и социальные особенности пациентов гинеколога-акушерского профиля	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р	
		УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Знает: - приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р	
			Умеет: - использовать приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р	
			УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки	Знает:	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
				Умеет:	
Самоорганизация и саморазвитие (в том	УК-5. Способен планировать и	УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки	Знает:	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р	

числе здоровьесбережение)	решать задачи собственного профессионального и личного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	собственного профессионального и личного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	- методы объективной оценки собственного профессионального и личного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	
			Умеет: - применять методы объективной оценки собственного профессионального и личного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания, ПН-практические навыки, Д-устный доклад, Р- реферат, П- презентация и др.*

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	30	30
Из них:		
Занятия лекционного типа	6	6
Занятия семинарского типа	24	24
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	42	42
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	72	72
часы	72	72
зач. ед.	2	2
Из них на практическую подготовку в час.*	40	40

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Тема 1. Перинатальная психология как область психологии и перинатологии	2	4	8	14	6
Тема 2. Динамика психического развития системы «мать-дитя»	2	8	12	22	10
Тема 3. Особенности патологического развития системы «мать-дитя»	2	4	12	18	8
Тема 4. Взаимодействие врача с родителями в ситуации перинатальной потери	-	8	10	18	9
ИТОГО	6	24	42	72	33

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 50% от общей трудоемкости дисциплины для занятий семинарского типа и 50% от занятий самостоятельной работы.

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП*	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия**	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1							
Тема 1.	Перинатальная психология как область психологии и перинатологии	2	-	Место перинатальной психологии в психологии и перинатологии. Роль в сопровождении гинеколога-акушерского профиля. Цель, задачи и основные методы психологического сопровождения пациентов в период планирования и вынашивания беременности, в родовом и послеродовом периоде. Биопсихосоциальная модель перинатальной психологии (биологический, психологический и социальный компоненты и основные теории).	УК-1.2., УК-5.2.	Мультимедийная презентация	КВ, ТЗ
Тема 2.	Динамика психического развития системы «мать-дитя»	2	-	Динамика психического развития системы «мать-дитя» Стадии развития жизненного цикла семьи. Специфика установления оптимального контакта с беременной. Психология родов. Психология раннего постнатального периода. Психологическая готовность к материнству.	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	Мультимедийная презентация	КВ, ТЗ
Тема 3.	Особенности патологического развития системы «мать-дитя»	2	-	Закономерности развития системы «мать-дитя» в условиях патологии беременности, родов, отклонений в развитии на ранних этапах онтогенеза. Особенности взаимоотношений медицинских работников, пациенток, их родственников в условиях патологического развития системы «мать-дитя».	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3	Мультимедийная презентация	КВ, ТЗ
Всего за ПА		6	0				

***Практическая подготовка (ПП)** - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.

** **Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания

4.4. Тематический план занятий семинарского типа — семинары

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП ** в час.	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций	Оценочные средства для текущего контроля
Курс 1							
Тема 1.	Семинар	Перинатальная психология как область психологии и перинатологии	4	2	Варианты теоретических подходов к обоснованию перинатальной психологии (эkleктически-дилетантский, медико-редукционалистский, психолого-редукционалистский, интегративный биопсихосоциальный подход). Диадический подход к перинатальным психологическим исследованиям. Биопсихосоциальная модель перинатальной психологии (биологический, психологический и социальный компоненты и основные теории).	УК-1.2., УК-5.2.	КВ, ТЗ
Тема 2.	Семинар	Динамика психического развития системы «мать-дитя»	4	2	Динамика психического развития системы «мать-дитя» Стадии развития жизненного цикла семьи. Зачатие (как начало репродуктивного процесса; мотивы зачатия; незапланированные зачатия; зачатие на разных стадиях жизненного цикла семьи). Физиология и психология беременности (по триместрам). Психологический компонент гестационной доминанты (варианты и определение особенностей). Психологическая готовность к материнству. Мотивация рождения ребенка. Факторы, влияющие на адаптацию к беременности и материнству. Специфика установления оптимального контакта с беременной.	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
	Семинар				4		
Тема 3.	Семинар	Особенности патологического развития системы «мать-дитя»	4	2	Незапланированное зачатие. Закономерности развития системы «мать-дитя» в условиях патологии беременности, родов, отклонений в развитии на ранних этапах онтогенеза. Нарушение эмоциональной связи между матерью и ребенком. Феномен психологической депривации. Особенности взаимоотношений медицинских работников, пациенток, их родственников в условиях патологического развития системы «мать-дитя».	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3	КВ, ТЗ
Тема 4.	Семинар	Взаимодействие врача с родителями в ситуации перинатальной потери	4	2	Виды ситуации (антенатальная, интернатальная, ранняя неонатальная гибель) и перинатальной потери (внематочная беременность, неудачная попытка эко, аборт, выкидыш, репродуктивный выбор, тяжелый диагноз ребенка). Переживание перинатальной утраты в семье (супруги, дети, прародители). Стадии горевания.	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3	КВ, ТЗ
	Семинар	перинатальной потери	4	2	Алгоритмы общения с родителями в ситуации перинатальной потери. Мечто и время для общения. Фразы, которые поддерживают. Фразы, которые не рекомендуется говорить. Профилактика эмоционального выгорания медперсонала в ситуации перинатальной потери.	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
Всего за ПА в час.			24	12			

* *Формы проведения занятий семинарского типа: семинар.* ** *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания,*

4.5. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	из них на ПП в час.	Содержание самостоятельной работы	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства* для текущего контроля
1.	Тема 1. Перинатальная психология как область психологии и перинатологии	8	4	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подбор и изучение литературных источников, интернет ресурсов	УК-1.2., УК-5.2.	КВ, ТЗ
2.	Тема 2. Динамика психического развития системы «мать-дитя»	12	5	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
3	Тема 3. Особенности патологического развития системы «мать-дитя »	12	6	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
4	Тема 4. Взаимодействие врача с родителями в ситуации перинатальной потери	10	5	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
Всего:		42	21			

****Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии активного обучения (инновационные)
5. Технологии группового обучения
6. Технологии игрового обучения

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств	
		КВ	ТЗ
Текущий контроль	Тема 1.Перинатальная психология как область психологии и перинатологии	16	25
	Тема 2. Динамика психического развития системы «мать-дитя»	16	25
	Тема 3. Особенности патологического развития системы «мать-дитя »	17	25
	Тема 4. Взаимодействие врача с родителями в ситуации перинатальной потери	15	25
ИТОГО		64	100

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы

5.2. Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ТЗ, Р
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	ТЗ, Р
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	ТЗ, Р

ТЗ – тестовые задания, Р- реферат

Примерные темы рефератов:

1. Определение перинатологии, ее становление и развитие
2. Исторические аспекты перинатальной психологии в России и за рубежом.
3. Перинатальная психология как область перинатологии
4. Перинатальная психология как область психологии
5. Роль гестационной доминанты в трудах И.А. Аршавского, А.А. Ухтомского.
6. Теория личности как основа перинатальной психологии в концепции В.Н. Мясищева.
7. Биопсихосоциальный подход в перинатальной психологии И.В. Добрякова.
8. Теории, характеризующие стадии жизненного цикла семьи.
9. Конструктивные и деструктивные репродуктивные установки.
10. Беременность и влияние её на нервно-психологические процессы у матери
11. Психофизиологические основы доминанты материнства.
12. Особенности психологического компонента гестационной доминанты.
13. Типология психологического компонента гестационной доминанты.
14. Определение особенностей психологического компонента гестационной доминанты.
Скрининг-тест отношений беременных И.В. Добрякова
15. Характеристика женщин с особенностями оптимального психологического компонента гестационной доминанты.

5.3. Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

Критерии оценивания результата промежуточной аттестации:

«Зачтено» – при условии положительных результатов по ТЗ и Р.

«Не зачтено» – при наличии одного или более неудовлетворительных результатов.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

1. Тестирование. Тестовая база содержит 100 заданий, из которых случайным образом выбирается 20 заданий на которые студент должен дать ответ за 20 минут.
2. Предоставление реферата по дисциплине.

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции или индикаторы достижения компетенции

ТЗ	<p>1. Перинатальная психология - это:</p> <p>а) область психологической науки, изучающая возникновение, динамику и особенности психологического и психического развития системы «мать-дитя», закономерности самых ранних этапов онтогенеза человека от зачатия до первых лет жизни после рождения в его взаимодействии с матерью;</p> <p>б) область психологии, изучающая возникновение и особенности развития системы «дитя-отец»,</p> <p>в) область психологии, изучающая этапы дизонтогенеза человека от зачатия до первых лет жизни после рождения.</p> <p>2. По мнению Р. Джонсона, женщина воспринимает пренейта как:</p> <p>а) своего ребенка, имеющего определенную внешность и пол;</p> <p>б) часть собственного тела, от которой можно избавиться;</p> <p>в) живое существо, наделенное разумом и чувствами.</p> <p>3. Оптимальный вариант психологического компонента гестационной доминанты (ПКГД) у женщин характеризуется:</p> <p>а) ответственным и без лишней тревоги отношением к беременности;</p> <p>б) равнодушным отношением к беременности, раздражением к расспросам окружающих;</p> <p>в) нахождением женщины во власти дурных предчувствий, в постоянном нервном напряжении.</p> <p>4. Бондинг - это:</p> <p>а) интуитивная незримая связь между ребенком и матерью, возникающая после рождения.</p> <p>б) наследственно запрограммированная способность организма моментально и стойко запечатлевать то или иное переживание.</p>	УК-1.2., УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3, УК-5.2.
КВ	<p>1. Дайте определение перинатальной психологии.</p> <p>2. Опишите различия в четырех теоретических подходах в перинатальной психологии.</p> <p>3. Составляющие биопсихосоциальной модели перинатальной психологии.</p> <p>4. Особенности психологического состояния родителей недоношенных детей</p> <p>5. Назовите проявления бондинга и холдинга в системе «мать-дитя».</p> <p>6. Охарактеризуйте психологический компонент гестационной доминанты.</p> <p>7. Что такое импринтинг.</p> <p>8. Социально-эмоциональные способности новорожденного.</p> <p>9. Особенности взаимодействия с родителями новорожденного с серьезным диагнозом.</p> <p>10. Диадные взаимоотношения в послеродовом периоде.</p>	УК-1.2., УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3, УК-5.2.

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания.*

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложении № 1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1. Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн МультиТран (<http://www.multitran.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

6.2 Перечень основной и дополнительной учебной литературы, необходимой для освоения дисциплины

Основная литература:

1. Медицинская психология: учебное пособие / Петрова Н. Н. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461181.html>
2. Депрессивное расстройство / Мазо Г. Э., Незнанов Н. Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450383.html>

3. Семейная психология. Эмпирические исследования: практическое пособие для вузов / Л. Б. Шнейдер. - 2-е изд., испр. и доп. - М.: Издательство Юрайт, 2022. - Текст : электронный // URL: <https://urait.ru/bcode/493540>
4. Семейная психология: учебник для вузов / Л. Б. Шнейдер. - 6-е изд., испр. и доп. - М.: Издательство Юрайт, 2022. - Текст : электронный // URL: <https://urait.ru/bcode/493541>

Дополнительная литература:

1. За гранью себя: беременность как психическая трансформация (психологическое исследование) / К.В. Кулешова. — М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. <https://www.medlib.ru/library/library/books/4104>
2. Дифференциальная психология: учеб. пособие / С. К. Нартова-Бочавер. - 6-е изд., стер. - М.: ФЛИНТА, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN97859765205231.html>
3. Логопедическое и психолого-педагогическое сопровождение развития детей младенческого возраста с перинатальным поражением нервной системы и детским церебральным параличом: учебно-метод. пособие / Е. Ф. Архипова. - М.: В. Секачев, 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785448104695.html>
4. Акушерство: национальное руководство / под ред. Г. М. Савельевой, Г. Т. Сухих, В. Н. Серова, В. Е. Радзинского. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466322.html>
5. Депрессивные расстройства младенческого и раннего детского возраста. Клиника, диагностика, лечение и коррекция: Пособие для врачей / Н.И. Голубева, Г.В. Козловская. — 2-е изд., испр. и доп. — М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2016. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/3207>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по дисциплине «Основы перинатальной психологии» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Основы перинатальной психологии» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Основы перинатальной психологии» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими

средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Основы перинатальной психологии» соответствует требованиям ФГОС ВО - программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Основы перинатальной психологии» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ОСНОВЫ ПЕРИНАТАЛЬНОЙ ПСИХОЛОГИИ»

Специальность ординатуры
Направленность
Факультет
Кафедра

31.08.58 Оториноларингология
Оториноларингология
Лечебный факультет
Кафедра психологии

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**
по дисциплине «Основы перинатальной психологии»

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

Наименование раздела (темы) дисциплины	Коды индикаторов контролируемых компетенций	Наименование оценочного средства *
Тема 1 Перинатальная психология как область психологии и перинатологии	УК-1.2., УК-5.2.	ТЗ, КВ
Тема 2. Динамика психического развития системы «мать-дитя»	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
Тема 3. Особенности патологического развития системы «мать-дитя»	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
Тема 4. Взаимодействие врача с родителями в ситуации перинатальной потери	УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.	КВ, ТЗ
Подготовка реферативной работы	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2.	Р

* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р-реферат*

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальная компетенции – УК-1

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	Знает: - возможности и способы применения перинатальной психологии в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения перинатальной психологии в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.	Знает: - методы и приемы перинатальной психологии для применения в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать методы и приемы перинатальной психологии в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Универсальная компетенции – УК-4

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в	Знает: - принципы общения с учетом культурологических и социальных особенностей	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной

соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	пациентов гинеколога-акушерского профиля	темы в Р	аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - учитывать в профессиональной деятельности культурологические и социальные особенности пациентов гинеколога-акушерского профиля	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Знает: - приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Универсальная компетенции – УК-5

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, тема № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

Оценка	Критерии
Зачтено	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу. Могут быть допущены недочеты в ответах на вопросы, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.
Не зачтено	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает недостаточное раскрытие терминов, концепций, теорий по дисциплине. Ответ содержит ряд серьезных неточностей, выводы поверхностны или неверны. Не может привести примеры из практики. Логически непоследовательно излагает материал.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Защита реферата
Не зачтено	70% и менее	Тема не раскрыта. Выбор источников не соответствует теме. Требования к оформлению и структуре реферата не соблюдены.
Зачтено	Более 70%	Степень раскрытия темы достаточная. Обоснованный выбор источников. Требования к оформлению и структуре реферата соблюдены. Выводы соответствуют практической значимости.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к определенной науке, отрасли или объектам, не узнает их в текстах, изображениях или схемах и не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный элемент содержания не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	тестирование	КВ, ТЗ	УК-1., УК-4., УК-5.
2 этап	Написание реферата по теме	Экспертная оценка преподавателя	УК-1., УК-4., УК-5.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

Тема 1. Перинатальная психология как область психологии и перинатологии (УК-1.2., УК-5.2.)

Контрольные вопросы:

1. Дайте определение перинатальной психологии как науки.
2. Покажите связь перинатальной психологии с другими науками.
3. Перечислите варианты теоретических подходов к обоснованию перинатальной психологии.
4. Суть медико-редукционистского варианта подхода к обоснованию перинатальной психологии.
5. Суть психолого-редукционистского варианта подхода к обоснованию перинатальной психологии.
6. Суть интегративного биопсихосоциального варианта подхода к обоснованию перинатальной психологии.
7. Сформулируйте задачи современной перинатальной психологии.
8. Раскройте суть диадического подхода к перинатальным психологическим исследованиям.
9. Биологический компонент биопсихосоциальной модели перинатальной психологии.
10. Психологический и социальный компонент биопсихосоциальной модели перинатальной психологии.

психологии.

11. Психоанализ как теоретическая основа перинатальной психологии.
12. Теория личности как основа перинатальной психологии
13. Психология семейных отношений как основа перинатальной психологии
14. Суть принципа доминанты Ф.Ф Ухтомского
15. Значение работ Д.В. Винникота в становлении перинатальной психологии
16. Составляющие биопсихосоциальной модели перинатальной психологии

Тестовые задания:

1. Перинатальная психология является разделом:
 - a) Перинатальной медицины
 - b) Перинатальной психиатрии
 - c) Клинической перинатальной психологии
 - d) **Перинатологии**
2. Перинатальная психология это:
 - a) Новое научное направление в медицине и преследует цель изучения психической жизни плода, ее влияния на формирование личности человека
 - b) **Область психологической науки, изучающая возникновение, динамику и особенности психологического и психического развития системы «мать – дитя», закономерности самых ранних этапов онтогенеза человека от зачатия до первых лет жизни после рождения в его взаимодействии с матерью**
 - c) Система знаний, объединившая в себя то, что жизненно необходимо для рождения потомства высокого качества, человека будущего
 - d) Новая область знаний, которая изучает обстоятельства и закономерности развития психики на ранних этапах: антенатальной, интранатальной и неонатальной фазе и их влияние на всю последующую жизнь
3. Разделом перинатальной психологии не является:
 - a) Психология раннего постнатального периода
 - b) **Перинатальная психотерапия**
 - c) Медицинская перинатальная психология
 - d) Психология беременности
4. Примером какого подхода к перинатальной психологии является книга «Тайны зачатия. Зачатие как психический процесс» Семеновой С.Б. (1997)
 - a) Медико-редукционистского
 - b) **Электически-делитантского**
 - c) Психолого-редукционистского
 - d) Интегративного биопсихосоциального
5. Для медико-редукционистского подхода характерно:
 - a) Объяснять все возникающие с репродуктивным здоровьем проблемы исключительно биологическими причинами
 - b) Понимать психологию как набор тестов и техник
 - c) Опирается на биологический закон сохранения рода
 - d) **Объяснять все возникающие с репродуктивным здоровьем проблемы исключительно биологическими причинами и понимать психологию как набор тестов и техник**
6. Редукционизм проявляется:
 - a) Уверенностью, что все проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем обусловлены

биологическими причинами

- b) **Уверенностью в том, что все проблемы человека и общества связаны исключительно с перинатальным периодом.**
- c) Уверенностью, что все психологические проблемы человека и общества решаются с помощью перинатальной педагогики
- d) Уверенностью, что все проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем обусловлены социальными причинами

7. Термин «перинатология» произошел от

- a) лат. «вокруг» + «рождение»
- b) греч. «ребенок» + «учение»
- c) **греч. «вокруг», лат. «рождение» + «наука»**
- d) лат. «около» + «рождение», греч. «наука»

8. К какому подходу к перинатальной психологии можно отнести высказывание: «Цель обучения – путем интегрально-кардинального образования помочь супружеской паре понять истинный смысл рождения, родить детей в атмосфере любви и святости, обрести счастье участия в священном действии – приходе Души в мир»

- a) Медико-редукционистского
- b) Электически-делитантского
- c) **Психолого-редукционистского**
- d) Интегративного биопсихосоциального

9. Сутью биопсихосоциального подхода к перинатальной психологии является:

- a) Соединение биологических, психологических и социальных теоретических построений в единую теоретическую модель
- b) Объяснение как биологический компонент влияет на психологический и социальный компоненты, влияет на репродуктивную сферу
- c) Объяснение взаимосвязей психологических, биологических и социальных процессов в контексте репродуктивной сферы
- d) **Соединение биологических, психологических и социальных теоретических построений в единую теоретическую модель, способствующую наиболее полному пониманию закономерностей психологических, биологических и социальных процессов, связанных с репродукцией, раскрытию их взаимосвязей.**

10. Автор термина «гестационная доминанта»:

- a) Добряков И.В.
- b) Филиппока Г.Г.
- c) Ухтомский А.А.
- d) **Аршавский И.А.**

11. Доминанта это:

- a) **очаг более или менее устойчивой повышенной возбудимости центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы отмечаются явления торможения**
- b) очаг более или менее устойчивой повышенной возбудимости центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы отмечаются явления возбуждения
- c) очаг более или менее устойчивого торможения центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы отмечаются явления возбуждения
- d) очаг устойчивой повышенной возбудимости центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы не отмечаются явления

торможения

12. Материнская доминанта это
- Последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющие друг друга доминантные состояния в организме женщины, детерминированные биологическими изменениями, психологическими и социальными факторами**
 - Состояние женщины в связи с мыслями о материнстве
 - Последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющие друг друга доминантные состояния в организме женщины, детерминированные биологическими (прежде всего гормональными) изменениями
 - Последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющие друг друга доминантные состояния в организме женщины, детерминированные психологическими и социальными факторами
13. Основоположником перинатальной психологии и психотерапии следует считать
- О. Ранк**
 - Ш. Ференци
 - З. Фрейд
 - Дж. Боулби
14. Под понятием «отношения» В. Н. Мясищев подразумевал
- То латентное состояние, которое определяет основанный на прошлом опыте характер действия или переживания человека по поводу каких-либо обстоятельств**
 - Отношения к себе, к противоположному полу, к семье, к нравственности, к мировоззрению, к религии
 - Это оценка объекта отношения, варьирующаяся от крайне негативной до крайне позитивной.
 - Психологическая конструкция, ментальная и эмоциональная сущность, которая присуща человеку или характеризует его
15. Представителем отечественной школы семейной психотерапии является:
- Эйдемиллер Э.Г.**
 - Мясищев В.Н.
 - Леонтьев А.А.
 - Лазурский А.Ф.
16. Система «мать-дитя» в перинатальном периоде не характеризуется признаком:
- наличие симбиотической связи матери и ребенка
 - несамостоятельность психики ребенка, зависимость ее от особенностей материнских психических функций
 - отсутствие у ребенка самосознания, т. е. четких телесных границ и границ психики, неспособность его выделять себя из окружающего мира
 - отсутствие у ребенка речи**
17. Семье как системе не присуще свойство:
- система как целое больше, чем сумма ее частей
 - любое воздействие на систему в целом влияет и на каждый составляющий ее элемент
 - изменение любого элемента системы приводит к изменениям остальных элементов системы и всей системы в целом
 - изменение любого элемента системы не приводит к изменениям остальных элементов системы и всей системы в целом**
18. К важнейшим характеристикам семьи по Э. Г. Эйдемиллеру не относится:

- a) структура
- b) функции
- c) динамика
- d) **достижения**

19. Биопсихосоциальная модель перинатальной психологии по Добрякову И.В. не базируется на теории:

- a) концепция Ухтомского – Аршавского о материнской доминанте, состоящей из физиологического и психологического компонентов
- b) вышедшая из психоанализа теория привязанности Джона Боулби и Мэри Эйнсворт
- c) системный подход к психологии семейных отношений и семейной психотерапии Сальвадора Минухина
- d) **концепция инстинктов В. И. Гарбузова.**

20. В теории Отто Ранка говорится:

- a) **о влиянии на психическое развитие и становление личности человека полученной им при рождении травмы**
- b) о единстве системы «мать – дитя», о формировании в этой системе объектных отношений, о значении переходного объекта
- c) о закономерности развития ребенка только в связи с генетической и личностной потенцией родителей
- d) о закономерностях развития психики на ранних этапах: антенатальной, интранатальной и неонатальной фазе и их влиянии на всю последующую жизнь

21. Специальная перинатальная психология призвана исследовать:

- a) психологические особенности людей, ожидающих рождения детей с особенностями развития, заниматься поисками путей оказания им психологической помощи
- b) психологические особенности новорожденных с ограниченными возможностями, заниматься поисками путей оказания психологической помощи семье
- c) **психологические особенности репродуктивных функций у людей с ограниченными возможностями, заниматься поисками путей оказания им психологической помощи**
- d) репродуктивных функций у людей с ограниченными возможностями

22. Гестационная доминанта обеспечивает:

- a) изменение гормонального фона женщины
- b) **направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода**
- c) изменение психологического состояния женщины
- d) направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для возникновения беременности

23. Материнскую доминанту по И.А. Аршавскому последовательно составляют:

- a) **гестационная, родовая, лактационная доминанты**
- b) доминанта зачатия, гестационная, родовая
- c) гестационная, родовая, доминанта холдинга
- d) доминанта зачатия, гестационная, родовая, доминанта холдинга

24. Д. В. Винникотт считал:

- a) **что психическое здоровье младенца зависит от качества заботы о нем матери**
- b) что физическое здоровье младенца зависит от качества заботы о нем матери
- c) что физическое здоровье младенца зависит от его психического здоровья
- d) что «младенец, при условии включения заботы, которую он получает от матери,

представляет психическую систему»

25. Результаты работ Дж. Боулби и М. Эйнсворт показали:
- а) для психического здоровья ребенка необходимо, чтобы его отношения с матерью приносили взаимную радость и тепло
 - б) потребность в близости – базовая потребность ребенка
 - в) основой отношения ребенка к матери является «принцип наслаждения»
 - д) **для психического здоровья ребенка необходимо, чтобы его отношения с матерью приносили взаимную радость и тепло; потребность в близости – базовая потребность ребенка.**

Тема 2. Динамика психического развития системы «мать-дитя»
(УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.)

Контрольные вопросы:

1. С чем связаны изменения психического функционирования и поведения женщины во время беременности?
2. Опишите периоды развития диады «мать-дитя».
3. Чем характеризуется оптимальный вариант психологического компонента гестационной доминанты?
4. В чем выражается эйфорический и гипогестогнозический вариант ПКГД?
5. Расскажите о трех ступенях отношения новорожденного к миру по Винникотту Д. В.
6. Расскажите о специфике установления оптимального контакта врача с беременной.
7. Варианты поведения мужчин в партнерских родах.
8. Чему способствует импринтинг?
9. Расскажите о психофизиологических аспектах родов.
10. Состояние психических процессов (восприятия, мышления, сознания, эмоциональных и волевых) и поведение женщины в родах.
11. Эффективные методы психологической помощи в родах.
12. Формирование привязанности ребенка к матери.
13. Расскажите о психологической готовности к материнству.
14. Какие бывают виды мотивации рождения ребенка?
15. Факторы, влияющие на адаптацию к беременности и материнству.
16. Зачатие на разных стадиях жизненного цикла семьи и их влияние на семейные отношения.

Тестовые задания:

26. Диада «женщина и пренейт» имеют
- а) **Общий орган, общие границы и зависимые друг от друга физиологию и психическое функционирование;**
 - б) Общие связи нервных систем
 - в) Независимые физиологию и психическое функционирование
 - д) Общую эндокринную и нервную системы.
27. Формированию тревожного варианта психологического компонента гестационной доминанты способствуют:
- а) **случайность беременности; манипулятивный характер мотивов, побудивших женщину забеременеть, беременность вне брака, дисфункциональная семья;**
 - б) соматическое и психическое здоровье
 - в) высокая самооценка, низкий уровень тревожности
 - д) благоприятные материально-бытовые условия;
28. Определение варианта ПКГД у беременной женщины влияет на:

- a) прекращение контакта с пациенткой
- b) постановку конкретных целей и задач психологической помощи**
- c) формулирование рекомендаций членам семьи женщины
- d) формирование ятрогений

29. Деструктивные мотивы зачатия имеют следующие цели:

- a) вынудить партнера жениться; родить «назло» партнеру; выполнить настойчивую просьбу родителей о рождении внука или внучки; получить материальные выгоды**
- b) стремление к бессмертию путем повторения себя в ребенке;
- c) выражение благодарности любимому человеку за счастье, которое он доставляет;
- d) желание творчества (рождение и воспитание такого человека, которого еще не было)

30. Дж. Боулби полагал, что связь ребенка и матери обусловлена:

- a) только лишь физиологическими потребностями
- b) потребностью в научении социально приемлемым навыкам
- c) потребностью в ориентировки в пространстве
- d) потребностью в близости к ухаживающему за ним человеку. Близость обеспечивает безопасность, позволяет заниматься исследовательской деятельностью, обучаться, адаптироваться к новым ситуациям.**

31. Какие методы коммуникации позволят врачу установить оптимальный контакт с беременной женщиной?

- a) четкое следование структуре консультации, внимание ко времени,
- b) открытые вопросы, паузы, проявления эмпатии, внимательное слушание**
- c) использование специальных терминов, фокусирование пациентки на негативных вариантах течения беременности
- d) закрытые вопросы позволяют оставлять проблемы в фокусе и собрать достаточное количество информации у пациентки

32. Задачи, характерные для импринтинга

- a) обучение, создает определенные поведенческие модели, используемые во взрослом состоянии в виде поведенческих реакций, способствует формированию бондинга;**
- b) не влияет на формировании взаимоотношений ребенка и родителей
- c) формирование безусловного рефлекса
- d) поддерживает сохранение лактации

33. Стадии жизнедеятельности семьи влияют на:

- a) Мотивы зачатия, особенности развития и состояние здоровья младенца**
- b) количество конфликтов
- c) количество детей в семье
- d) материальное благополучие семей

34. Какие существуют стадии развития семьи:

- a) начало супружеских отношений, экспериментов внебрачных отношений, развития компромиссов, зрелых супружеских отношений.
- b) добрачных отношений, супружеских компромиссов, созависимого супружеского холона, внебрачных отношений, восстановление супружеских отношений;
- c) внебрачных отношений; конформности; компромиссов; зрелого супружества; угасания супружеских отношений.
- d) добрачных отношений, конфронтации, компромиссов, зрелого супружеского холона, экспериментирования с независимостью, ренессанса супружеских отношений.**

35. Продолжительность беременности при нормальном ее течении составляет
- 12 лунных месяцев, или 336 дней
 - 10,5 лунных месяцев, или 294 дня
 - 10 лунных месяцев, или 280 дней**
 - 9 лунных месяцев, или 252 дня
36. Когда происходит принятие и перестройка самосознания женщины с постепенным включением в него образа ребенка
- Только в третьем триместре
 - При появлении внешних признаков беременности
 - Во втором триместре
 - Чаще всего после первого шевеления плода.**
37. Симптом нетерпения проявляется через:
- Жалобы на то, что беременность женщине надоела, выражение стремления к скорейшему окончанию беременности**
 - желание женщины избежать родов,
 - представления женщины о благополучном завершении беременности.
 - тревожно-депрессивные сомнения в желанности беременности
38. Фасилитирующему типу отношения женщины к беременности свойственно:
- восприятие вынашивания ребенка как необязательной части ее жизненного сценария.
 - не соответствие желаниям и стремлениям женщины
 - перестраивания образа жизни, чтобы создать благоприятные условия для течения беременности, родоразрешения и воспитания ребенка**
 - присутствие тревожного типа ПКГД
39. Какие методы психологической помощи роженице может использовать медицинский персонал?
- доброжелательное обращение и своевременное и деликатное информирование о предстоящих манипуляциях и связанных с ними ощущениях,**
 - обмен роженицами информацией псевдомедицинского или негативного характера,
 - строгое обращение, отсутствие физического комфорта
 - дефицит информации о происходящем с роженицей сейчас и о том, что предстоит.
40. Женщина называется «роженица»
- за месяц до родов
 - за неделю до родов
 - неделю после родов
 - с начала и до окончания родов**
41. При партнерских родах:
- требуется меньшее количество акушерско-гинекологических вмешательств, формируются оптимальные формы привязанности ребенка к обоим родителям, создают благоприятную ситуацию для формирования перинатального комплаенса.**
 - повышается травматизм новорожденного;
 - требуется большое количества медикаментозных препаратов, повышается потребность в реабилитации в условиях детской клиники;
 - повышается физическая и психическая нагрузка на средний медицинский персонал;
42. Чему способствуют бондинг и холдинг
- формированию достаточно заботливых отношений между родителями
 - разлучению матери и ребенка

- c) формированию общих границ матери и ребенка
- d) **созданию благоприятной среды для возникновения протодиалога матери и ребенка, способствуют естественному вскармливанию.**

43. На что влияет отсутствие естественного грудного вскармливания
- a) на формирование раннего диалога между матерью и ребенком
 - b) **формирование варианта привязанности и модели отношений ребенка к объектам окружения и к миру в целом**
 - c) на необходимость обучения матери взаимодействию с ребенком
 - d) у ребенка снижается сепарационная (базальная) тревога.

44. Какие типы поведения детей формируются под влиянием общения с матерью (по М. Эйнсворт)
- a) девиантная привязанность, объективная привязанность, организованная привязанность
 - b) опасная привязанность, зависимая привязанность, ненадежная привязанность, оптимальная привязанность
 - c) созависимая привязанность, оптимальная привязанность, ситуативная привязанность, опасная привязанность
 - d) **Избегающая привязанность, надежная привязанность, амбивалентная привязанность, дезорганизованная привязанность**

45. Чем характеризуется избегающая привязанность
- a) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать
 - b) ребенок все время ищет контакта с матерью
 - c) **на уход из комнаты матери, а затем на ее возвращение ребенок не обращает внимания, не ищет с ней контакта, продолжает игру.**
 - d) ребенок избегает зрительного контакта с матерью

46. Чем характеризуется безопасная, или надежная, привязанность
- a) ребенок не отпускает мать
 - b) в присутствии матери ребенок чувствует себя некомфортно.
 - c) ребенок долго не может успокоиться после расставания с матерью
 - d) **Если мать уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность. При возвращении матери ищет контакта с ней и, установив его, быстро успокаивается, вновь продолжает свои занятия.**

47. Чем характеризуется амбивалентная привязанность
- a) При возвращении матери ребенок ищет контакта с ней и, установив его, быстро успокаивается, вновь продолжает свои занятия.
 - b) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать
 - c) ребенок долго не может успокоиться после расставания с матерью
 - d) **в присутствии матери ребенок остается тревожным. При ее уходе тревога возрастает. Когда она возвращается, малыш стремится к ней, но контакту сопротивляется. Если мать берет его на руки, он вырывается.**

48. Чем характеризуется дезорганизованная привязанность
- a) ребенок внимательно следит за матерью, при малейшей попытке выйти из комнаты хватается ее и не отпускает от себя
 - b) Если мать уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность
 - c) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать
 - d) **Этот тип привязанности считается патологическим, ребенок, увидев вернувшуюся мать, застывает или убегает от нее.**

49. Чем характеризуется симбиотическом типе привязанности.
- a) на уход из комнаты матери, а затем на ее возвращение ребенок не обращает внимания, не ищет с ней контакта, продолжает игру.
 - b) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать
 - c) Если мать уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность
 - d) **ребенок внимательно следит за матерью, при малейшей попытке выйти из комнаты хватается за нее и не отпускает от себя**
50. Психологическая готовность к материнству характеризуется как
- a) **специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-объектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку**
 - b) набор особенностей коммуникативного опыта женщины
 - c) желанность ребенка
 - d) установки женщины на стратегию воспитания ребенка

Тема 3. Особенности патологического развития системы «мать-дитя»
(УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.)

Контрольные вопросы:

1. Перечислите деструктивные мотивы зачатия
2. Назовите деструктивные мотивы сохранения беременности
3. Психологические аспекты незапланированных зачатий
4. Назовите трудности, с которыми может встретиться женщина при беременности на стадии добрых отношений
5. Назовите трудности, с которыми может встретиться женщина при беременности на стадии конфронтации
6. Назовите трудности, с которыми может встретиться женщина при беременности на стадии экспериментов с независимостью
7. Перечислите факторы, способные негативно влиять на гестационную доминанту
8. Перечислите неблагоприятные психосоциальные факторы беременности, на которые следует обратить внимания врачу
9. Дайте характеристику женщин с гипогестозическим вариантом ПКГД
10. Дайте характеристику женщин с тревожным вариантом ПКГД
11. Какой характер страхов чаще всего встречается у беременных?
12. Что такое фобическая гипотемия
13. Какой вариант ПКГД достоверно чаще встречается у женщин с угрозой невынашивания беременности
14. Назовите возможные психологические причины проблем при становлении лактации
15. Ненадежные типы привязанности, их характеристики, причины возникновения
16. Психосоматические нарушения в младенческом возрасте
17. Схема NURSE, основные элементы

Тестовые задания:

51. К деструктивным мотивам зачатия можно отнести
- a) стремление к бессмертию путем повторения себя в ребенке
 - b) выражение благодарности любимому человеку за счастье, которое он доставляет
 - c) желание творчества (рождение и воспитание такого человека, которого еще не было)
 - d) **укрепить отношения в семье**

52. Если женщина вынашивает нежеланного ребенка, то ее эмоциональный фон обычно характеризуется:

- a) **амбивалентностью**
- b) тревожностью
- c) внушаемостью
- d) угнетенным состоянием

53. Зачатие ребенка на каком этапе жизненного цикла семьи наиболее благоприятно для ребенка и супружеской пары:

- a) **компромиссов**
- b) добрачных отношений
- c) конфронтации
- d) экспериментирования с независимостью

54. Фактором повышенного риска возникновения нервно-психических нарушений у беременных является

- a) **Возраст до 18 лет**
- b) Возраст от 20 до 30 лет
- c) Возраст от 35 до 40
- d) Возраст после 40

55. Какой возраст беременной женщины коррелирует с большей тревожностью:

- a) Возраст до 18 лет
- b) Возраст от 18 до 25 лет
- c) Возраст от 30 до 35 лет
- d) **Возраст старше 35 лет**

56. Для женщин с гипогестогнозическим вариантом ПКГД характерно высказывание:

- a) **я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с моей беременностью**
- b) я испытываю волнение в связи с моей беременностью
- c) я испытываю страх в связи с мыслями о предстоящих родах
- d) я часто думаю о предстоящем материнстве

57. Термин «атиофориогнозия» произошел от:

- a) греч. «отрицание», «беременность»
- b) греч. «случайность», «беременность»
- c) **греч. «отрицание», «беременность», «знание»**
- d) греч. «случайность», «зачатие», «против»

58. Гипогестогнозический тип ПКГД определяется каким стилем переживания беременности:

- a) амбивалентным
- b) отвергающим
- c) **игнорирующим**
- d) тревожным

59. Эйфорический тип ПКГД характеризуется:

- a) **некритичным отношением женщины к возможным проблемам беременности и материнства**
- b) обязательным поиском второго, а то и третьего мнения
- c) отрицанием женщиной состояния беременности
- d) высоким чувством ответственности

60. При каком типе ПКГД беременность часто воспринимается женщиной как соматически

болезненное состояние

- a) оптимальном типе ПКГД
- b) эйфорическом типе ПКГД
- c) **тревожном типе ПКГД**
- d) гипогестогнозическом типе ПКГД

61. При каком типе ПКГД беременная может демонстрировать максимально выраженные тревожные состояния, а также бредовые, ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, намерения «освобождения от ребенка»:

- a) **депрессивном типе ПКГД**
- b) эйфорическом типе ПКГД
- c) тревожном типе ПКГД
- d) гипогестогнозическом типе ПКГД

62. Психологическая готовность к материнству у женщин, не встающих на учет по беременности (по данным исследований):

- a) **слабо выражена**
- b) формируется
- c) сформирована, если есть веские причины не встать вовремя на учет
- d) сформирована

63. Явления инфантильной анорексии младенцев являются важным проявлением

- a) **анаклитической депрессии**
- b) дистимии
- c) атипичной депрессии
- d) постнатальной депрессии

64. Пищевое недоразвитие младенцев развивается:

- a) при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с нахождением в лечебном учреждении
- b) **при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с пренебрежением ребенком и его эмоциональной и сенсорной депривацией**
- c) при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с нарушением режима питания
- d) при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с болезнью ребенка

65. Руминация проявляется в форме

- a) **многократного произвольного отрыгивания проглоченной пищи и повторного ее пережевывания**
- b) отказа от еды
- c) многократных непроизвольных срыгиваний пищи
- d) рвоты

66. К ятрогениям беременных относятся нарушения появившиеся

- a) **в результате высказываний или/и действий медицинских работников, неблагоприятно воздействующих на психику беременной женщины**
- b) в результате высказываний/ и действий близких людей, неблагоприятно воздействующих на психику беременной женщины
- c) в результате высказываний/ и действий других беременных, неблагоприятно воздействующих на психику беременной женщины
- d) в результате высказываний/ и действий посторонних людей, неблагоприятно

воздействующих на психику беременной женщины

67. С какого возраста при хирургических операциях плодам, по данным исследований, плод реагирует на боль:

- a) **с возраста 14-15 недель**
- b) с возраста 18-19 недель
- c) с возраста 20-21 недели
- d) с возраста 22 недели

68. К факторам, влияющим на нарушение эмоциональной связи между матерью и ребенком можно отнести:

- a) разлучение в первые часы после рождения
- b) депрессивный тип ПКГД у матери
- c) невозможность тактильного контакта
- d) **верны а) b) c)**

69. Психическое состояние, появившееся в результате ситуаций, при которых субъект не имеет возможности удовлетворить некоторые основные психические потребности в достаточной мере на протяжении длительного периода:

- a) Сенсорная депривация
- b) **Психологическая депривация**
- c) Двигательная депривация
- d) Когнитивная депривация

70. Госпитализм у детей возникает в ситуации:

- a) Двигательной депривации
- b) Когнитивной депривации
- c) **Эмоциональной депривации**
- d) Сенсорной депривации

71. Фобическая гипотемия это

- a) **Сниженное настроение, связанное с навязчивым страхом или страхами**
- b) Кратковременное возбуждение, вызванное стрессовой ситуацией
- c) Сниженное настроение из-за плохого самочувствия
- d) Сниженное настроение из-за трудностей в общении с близкими

72. Схема NURSE инструмент

- a) Выражения своего мнения
- b) **Выражения эмпатии**
- c) Эффективного информирования
- d) Работы с возражениями

73. Симптомом послеродовой депрессии является

- a) Нарушения сна более 2-х недель
- b) Нарушения пищевого поведения более 2-х недель
- c) Мысли о причинении вреда себе или ребенку
- d) **Нарушения сна более 2-х недель; Нарушения пищевого поведения более 2-х недель; Мысли о причинении вреда себе или ребенку**

74. Низкий уровень готовности к материнству характеризуется:

- a) Противоречивой установкой на воспитание
- b) **Наличием колебаний в принятии решения иметь ребенка, негативных ощущений и переживаний в период беременности**

- c) Наличием колебаний в принятии решения о способе родоразрешения
- d) Оптимальным вариантом ПКГД

75. Типичным примером психологической депривации может служить:

- a) Ограничение двигательной активности
- b) Тактильная депривация
- c) Эмоциональная депривация
- d) **Тактильная депривация; Эмоциональная депривация**

Тема 4. Взаимодействие врача с родителями в ситуации перинатальной потери (УК-1.3., УК-4.1., УК-4.3.)

Контрольные вопросы:

1. Виды перинатальной потери (антенатальная, интернатальная, ранняя неонатальная гибель)
2. Ситуации перинатальной утраты.
3. Переживание перинатальной утраты в семье (супруги, дети, прародители).
4. Стадии горевания по Э. Кюблер-Росс.
5. Алгоритмы общения с родителями в ситуации перинатальной потери.
6. Этические принципы и дилеммы в работе врача при перинатальной утрате.
7. Культурно-исторические аспекты траура и отношения к перинатальным потерям.
8. Опишите психологические факторы риска неблагоприятного исхода беременности.
9. Расскажите о преградах, мешающих родителям переживать горе при перинатальных утратах.
10. Расскажите об объективной и субъективной реальности в ситуации перинатальной потери по М. Е. Ланцбургу.
11. В каких реакциях может проявляться постабортный синдром у женщин?
12. Расскажите об особенностях коммуникации врача с родителями в ситуации перинатального выбора.
13. С какими признаками осложненного переживания перинатальной потери может столкнуться врач в коммуникации с пациенткой?
14. Виды символических утрат родителей при перинатальных потерях.
15. Особенности процесса горевания при перинатальных потерях.

Тестовые задания:

76. Что такое «потеря»

- a) Исчезновение того, кто разрушает ощущение безопасности, либо обеспечивает самоидентичность человека
- b) **Исчезновение или нарушение (реальное или переживаемое как таковое), того, что/кто дает ощущение безопасности, либо обеспечивает самоидентичность человека**
- c) Рефлексия по поводу своего опыта горевания и утрат
- d) Несостоявшаяся попытка повысить свой социальный статус

77. Реакция утраты

- a) **Горе, процесс психических изменений, направленных на приспособление к произошедшей утрате**
- b) Процесс психических изменений, направленных на приспособление к возможной в будущем утрате
- c) Утрата мечты о ребенке
- d) Утрата планов на будущее

78. Перинатальная потеря в медицине

- a) гибель новорождённого через 2 месяца после родов.
- b) гибель ребенка независимо от возраста
- c) утрата мечты о ребенке
- d) гибель плода на различных стадиях беременности, во время родов или смерть новорождённого вскоре после родов.**

79. Перинатальная потеря в психологии

- a) утрата мечты о ребенке
- b) всевозможные утраты, переживаемые женщиной и людьми, причастными к беременности и рождению ребёнка, произошедшие в период планирования беременности, в пре- и перинатальном периоде и на первом году жизни ребёнка.**
- c) рождение в семье второго и следующего ребенка
- d) состоявшаяся попытка приобрести социальный статус матери или отца

80. Какие бывают виды нормального (неосложненного) горя

- a) пролонгированное горе
- b) патологическое, затяжное горе
- c) Острое горе, интегрированное горе**
- d) Горе, лишенное прав на эмоциональную реакцию

81. Какие бывают виды символических утрат при перинатальных потерях

- a) подрыв веры в свои силы
- b) Утрата статуса (родительства), утрата будущего, утрата стадии жизненного цикла, утрата надежды, мечты, творения, части себя, семьи, друг друга.**
- c) физическая утрата значимого другого;
- d) Утрата внешнего объекта прошлого

82. Особенности горевания у мужчин при перинатальной утрате

- a) Утрата единения с плодом
- b) Снижение самооценки, подрыв веры в свои силы
- c) Утрата чувства принадлежности к диаде «мать-дитя».
- d) Позиция наблюдателя, лишённого права эмоциональной включённости. Самообвинение и обвинение партнёра. Неконструктивные способы: уход в работу, зависимости, появление отношений вне брака.**

83. Ситуации перинатальных потерь

- a) преждевременные роды
- b) внутриутробные патологии плода
- c) развод с отцом ребенка
- d) внематочная беременность; антенатальная и интранатальная гибель плода; гибель одного из плодов при многоплодной беременности; ситуации невынашивания беременности; аборт; бесплодие, неудачная попытка при ЭКО, ситуация перинатального выбора**

84. Особенности горевания при перинатальной потере

- a) изменение качества жизни семьи
- b) отсутствие фаз и стадий проживания горя
- c) Отсутствие ритуалов и социальной поддержки при перинатальной утрате**
- d) отсутствие изменений в семье

85. Как «реакции переживания» проявляются у детей при перинатальной утрате в семье

- a) никак не проявляются
- b) в отклонениях в поведении, изменениями восприятия реальности, состояниями**

страха, нарушениями сна, психосоматическими симптомами

- c) повышением аппетита
- d) повышением физической активности

86. Возможные особенности горевания родителей при перинатальной потере.

- a) Страх за живых детей, гиперопека.
- b) Замена умершего ребёнка, переключение внимания только на живых.
- c) Игнорирование живых детей, погружение в глубокий траур
- d) Страх за живых детей, гиперопека; Замена умершего ребёнка, переключение внимания только на живых; c) Игнорирование живых детей, погружение в глубокий траур**

87. Культурно-религиозные аспекты траура в христианской традиции

- a) аборт и выбор количества эмбрионов считается грехом, церковное поминовение только крещенных младенцев, хоронят на 3 день**
- b) нет этических трудностей при прерывании беременности
- c) острое горевание длится больше года
- d) умершие младенцы быстро забываются

88. Какими словами можно поддерживать родителей в ситуации перинатальной потери

- a) Я сожалею», «Я бы хотел, чтобы всё кончилось иначе», «Я сочувствую вам»**
- b) «Так лучше», «Могло быть хуже»
- c) «Хорошо что ребёнок умер, пока вы ещё не привыкли к нему»...
- d) «У вас ещё могут быть дети», «Время лечит»

89. Культурно-религиозные аспекты траура в иудейской традиции

- a) вспоминают все плохое
- b) нет социальной поддержки горюющих
- c) хоронят в тот же день до восхода солнца, затем 7 дней траура находятся дома (Шива), на 30 день ставят памятник, оплакивать можно 1 год, нет ритуалов после выкидыша, аборт допустим в некоторых случаях**
- d) на могилу приносят цветы

90. Культурно-религиозные аспекты траура в мусульманской традиции

- a) если ребенок родился мертвым совершается намаз.
- b) сдержанное принятие, громкие рыдания не приветствуются. если при выкидыше или преждевременных родах издал крик или совершил произвольное движение, то считают, что родился живым – читают намаз, если нет-намаз не совершается. Выкидыш старше 4 месяцев считается полноценным человеком-закутывают в ткань.**
- c) разрешена кремация
- d) большое внимание готовке и порядку

91. Культурно-религиозные аспекты траура в буддийской традиции

- a) выраженные вербальные и эмоциональные проявления скорби.
- b) тело надо внести в храм.
- c) мало символических способов для проявления скорби
- d) слезы не приветствуются, не приветствуют вскрытие, скорбящие облачаются в специальные одежды, ходят с костылем. Разрешена кремация, предание тела земле или воде на 3 день. Считается хорошо умирать в кругу семьи.**

92. Этические дилеммы при перинатальной утрате

- a) Угроза жизни матери, необходимо прерывание беременности
- b) Угроза жизни ребёнка, отказ от манипуляций, лечения, обследования
- c) Предвзвешенности и убеждения врача (ЛГБТ, аборты, религиозные особенности и проч.)
- d) Угроза жизни матери, необходимо прерывание беременности; Угроза жизни ребёнка, отказ от манипуляций, лечения, обследования; Предвзвешенности и убеждения врача (ЛГБТ, аборты, религиозные особенности и проч.)**

93. Виды ВРТ и альтернативные варианты при бесплодии

- a) Жизнь без детей, ИКСИ, ЭКО, донорство гамет и эмбрионов, суррогатное материнство, усыновление.**
- b) Развод
- c) Связи вне брака
- d) Решение на непрерывное лечение принимает только женщина.

94. Факторы риска, влияющие на переживания неудачной попытки ЭКО

- a) наличие единственного брака
- b) Возраст, наличие/отсутствие детей, финансовые затраты, срок беременности, на котором произошла потеря.**
- c) безразличное отношение к временным затратам
- d) этические проблемы

95. Признаки осложненного переживания перинатальной потери

- a) Разрешение себе быть счастливой.
- b) Легкое отношение к новой беременности, «наступит в свое время».
- c) Выстраивание своей жизни в новых условиях.
- d) Фиксация на идее новой беременности, застревание в трауре, вина, обида, агрессия, запрет на желание быть счастливой.**

96. Признаки успешного переживания перинатальной потери.

- a) Принятие и интеграция полученного опыта в свою жизнь, желание думать о будущем, строить планы.**
- b) Мучительные раздумья над вопросом «Для чего мне это было дано?»
- c) нет интереса к разным сферам жизни
- d) нет желания думать о будущем и строить планы.

97. Влияние опыта переживания перинатальной потери на последующие беременности

- a) никакого влияния не оказывает.
- b) фактор риска в аспекте физического и психического здоровья матери.**
- c) сниженная тревожность.
- d) никак не влияет на вынашивание и воспитание последующих рожденных детей.

98. Особенности коммуникации с женщиной при выявлении патологии развития плода

- a) пониженная значимость коммуникации с врачом для беременной женщины
- b) особенности коммуникации отсутствуют, следует придерживаться обычной тактики общения
- c) требуется использование бережных форм общения, способствующих продуктивному контакту и позволяющих снижать риски возникновения конфликтных ситуаций**
- d) требуется особая строгость в требовании соблюдения рекомендаций врачей

99. В ситуации выявления патологии плода родителям важно услышать от врача:

- a) вы видите, что они не справляются, упрекайте за каждую мелочь

- b) Что в патологии нет вины родителей, что им оказывают и окажут всю возможную помощь**
- c) что они плохие родители
- d) что Вы видите, как легко им даются эти новости

100. Винсент Монтгомери Ру определяет постабортный синдром как:

- a) посттравматическое стрессовое расстройство, характеризующееся развитием симптомов, вызванных определенными эмоциональными реакциями на полученную вследствие аборта физическую и эмоциональную травму,**
- b) постоянное преследование пережитого в подсознании женщины
- c) опыт насильственной смерти
- d) сочетание психических симптомов, которые могут появиться после аборта

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

ТЕМЫ РЕФЕРАТОВ

1. История развития перинатальной психологии
2. Концепция травмы рождения в работе О. Ранка.
3. Концепция детского развития Д. Винникотта.
4. Перинатальные аспекты в трансперсональной психологии С. Грофа.
5. Формирование привязанности в исследованиях Дж. Боулби.
6. Теория объектных отношений в работах М. Кляйн.
7. Концепция Ухтомского – Аршавского о материнской доминанте, состоящей из физиологического и психологического компонентов
8. Основные аспекты перинатальной психологии.
9. Теория личности как основа перинатальной психологии в концепции В.Н. Мясищева.
10. Исследование мира ребенка в работах Ф. Дольто.
11. Системный подход к психологии семейных отношений и семейной психотерапии Сальвадора Минухина.
12. Деструктивные репродуктивные установки
13. Характеристика женщин с особенностями депрессивного ПКГД
14. Характеристика женщин с особенностями гипогестогнозического ПКГД
15. Характеристика женщин с особенностями тревожного ПКГД
16. Виды психосоматических нарушений в раннем возрасте
17. Язык младенцев. «Затаенная боль» Каролин Эльячефф
18. Девиантные формы материнства
19. Материнство: врожденная или приобретенная форма заботы?
20. Феномен психической депривации в работах Лангеймер Й., Матейчек З.
21. Сообщение плохих новостей в перинатологии
22. Дезорганизованный тип привязанности
23. Схема NURSE, как инструмент эффективной коммуникации в перинатологии при сложных разговорах
24. Эффективные стратегии бережного информирования в перинатологии
25. Протокол SPIKES при сообщении плохих новостей
26. Неблагоприятные факторы, влияющие на формирование контакта в системе «мать-дитя» в первые часы после рождения

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

1. Перинатальная психология является разделом:

- a) Перинатальной медицины

- b) Перинатальной психиатрии
- c) Клинической перинатальной психологии
- d) Перинатологии

2. Перинатальная психология это:

- a) Новое научное направление в медицине и преследует цель изучения психической жизни плода, ее влияния на формирование личности человека
- b) Область психологической науки, изучающая возникновение, динамику и особенности психологического и психического развития системы «мать – дитя», закономерности самых ранних этапов онтогенеза человека от зачатия до первых лет жизни после рождения в его взаимодействии с матерью
- c) Система знаний, объединившая в себя то, что жизненно необходимо для рождения потомства высокого качества, человека будущего
- d) Новая область знаний, которая изучает обстоятельства и закономерности развития психики на ранних этапах: антенатальной, интранатальной и неонатальной фазе и их влияние на всю последующую жизнь

3. Разделом перинатальной психологии не является:

- a) Психология раннего постнатального периода
- b) Перинатальная психотерапия
- c) Медицинская перинатальная психология
- d) Психология беременности

4. Примером какого подхода к перинатальной психологии является книга «Тайны зачатия. Зачатие как психический процесс» Семеновой С.Б. (1997)

- a) Медико-редукционистского
- b) Электически-делитантского
- c) Психолого-редукционистского
- d) Интегративного биопсихосоциального

5. Для медико-редукционистского подхода характерно:

- a) Объяснять все возникающие с репродуктивным здоровьем проблемы исключительно биологическими причинами
- b) Понимать психологию как набор тестов и техник
- c) Опирается на биологический закон сохранения рода
- d) Объяснять все возникающие с репродуктивным здоровьем проблемы исключительно биологическими причинами и понимать психологию как набор тестов и техник

6. Редукционизм проявляется:

- a) Уверенностью, что все проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем обусловлены биологическими причинами
- b) Уверенностью в том, что все проблемы человека и общества связаны исключительно с перинатальным периодом.
- c) Уверенностью, что все психологические проблемы человека и общества решаются с помощью перинатальной педагогики
- d) Уверенностью, что все проблемы, связанные с репродуктивным здоровьем обусловлены социальными причинами

7. Термин «перинатология» произошел от

- a) лат. «вокруг» + «рождение»
- b) греч. «ребенок» + «учение»
- c) греч. «вокруг», лат. «рождение» + «наука»

d) лат. «около» + «рождение», греч. «наука»

8. К какому подходу к перинатальной психологии можно отнести высказывание: «Цель обучения – путем интегрально-кардинального образования помочь супружеской паре понять истинный смысл рождения, родить детей в атмосфере любви и святости, обрести счастье участия в священном действии – приходе Души в мир»

- a) Медико-редукционистского
- b) Электически-делитантского
- c) Психолого-редукционистского
- d) Интегративного биопсихосоциального

9. Сутью биопсихосоциального подхода к перинатальной психологии является:

- a) Соединение биологических, психологических и социальных теоретических построений в единую теоретическую модель
- b) Объяснение как биологический компонент влияет на психологический и социальный компоненты, влияет на репродуктивную сферу
- c) Объяснение взаимосвязей психологических, биологических и социальных процессов в контексте репродуктивной сферы
- d) Соединение биологических, психологических и социальных теоретических построений в единую теоретическую модель, способствующую наиболее полному пониманию закономерностей психологических, биологических и социальных процессов, связанных с репродукцией, раскрытию их взаимосвязей.

10. Автор термина «гестационная доминанта»:

- a) Добряков И.В.
- b) Филиппока Г.Г.
- c) Ухтомский А.А.
- d) Аршавский И.А.

11. Доминанта это:

- a) очаг более или менее устойчивой повышенной возбудимости центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы отмечаются явления торможения
- b) очаг более или менее устойчивой повышенной возбудимости центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы отмечаются явления возбуждения
- c) очаг более или менее устойчивого торможения центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы отмечаются явления возбуждения
- d) очаг устойчивой повышенной возбудимости центров, временно господствующий рефлекс, тогда как в других отделах центральной нервной системы не отмечаются явления торможения

12. Материнская доминанта это

- a) Последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющие друг друга доминантные состояния в организме женщины, детерминированные биологическими изменениями, психологическими и социальными факторами
- b) Состояние женщины в связи с мыслями о материнстве
- c) Последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющие друг друга доминантные состояния в организме женщины, детерминированные биологическими (прежде всего гормональными) изменениями
- d) Последовательно возникающие в связи с репродуктивной функцией и сменяющие друг друга доминантные состояния в организме женщины, детерминированные психологическими и социальными факторами

13. Основоположителем перинатальной психологии и психотерапии следует считать

- a) О. Ранк
- b) Ш. Ференци
- c) З. Фрейд
- d) Дж. Боулби

14. Под понятием «отношения» В. Н. Мясищев подразумевал

- a) То латентное состояние, которое определяет основанный на прошлом опыте характер действия или переживания человека по поводу каких-либо обстоятельств
- b) Отношения к себе, к противоположному полу, к семье, к нравственности, к мировоззрению, к религии
- c) Это оценка объекта отношения, варьирующаяся от крайне негативной до крайне позитивной.
- d) Психологическая конструкция, ментальная и эмоциональная сущность, которая присуща человеку или характеризует его

15. Представителем отечественной школы семейной психотерапии является:

- a) Эйдемиллер Э.Г.
- b) Мясищев В.Н.
- c) Леонтьев А.А.
- d) Лазурский А.Ф.

16. Система «мать-дитя» в перинатальном периоде не характеризуется признаком:

- a) наличие симбиотической связи матери и ребенка
- b) несамостоятельность психики ребенка, зависимость ее от особенностей материнских психических функций
- c) отсутствие у ребенка самосознания, т. е. четких телесных границ и границ психики, неспособность его выделять себя из окружающего мира
- d) отсутствие у ребенка речи

17. Семье как системе не присуще свойство:

- a) система как целое больше, чем сумма ее частей
- b) любое воздействие на систему в целом влияет и на каждый составляющий ее элемент
- c) изменение любого элемента системы приводит к изменениям остальных элементов системы и всей системы в целом
- d) изменение любого элемента системы не приводит к изменениям остальных элементов системы и всей системы в целом

18. К важнейшим характеристикам семьи по Э. Г. Эйдемиллеру не относится:

- a) структура
- b) функции
- c) динамика
- d) достижения

19. Биопсихосоциальная модель перинатальной психологии по Добрякову И.В. не базируется на теории:

- a) концепция Ухтомского – Аршавского о материнской доминанте, состоящей из физиологического и психологического компонентов
- b) вышедшая из психоанализа теория привязанности Джона Боулби и Мэри Эйнсворт
- c) системный подход к психологии семейных отношений и семейной психотерапии Сальвадора Минухина
- d) концепция инстинктов В. И. Гарбузова.

20. В теории Отто Ранка говорится:

- a) о влиянии на психическое развитие и становление личности человека полученной им при рождении травмы
- b) о единстве системы «мать – дитя», о формировании в этой системе объектных отношений, о значении переходного объекта
- c) о закономерности развития ребенка только в связи с генетической и личностной потенцией родителей
- d) о закономерностях развития психики на ранних этапах: антенатальной, интранатальной и неонатальной фазе и их влиянии на всю последующую жизнь

21. Специальная перинатальная психология призвана исследовать:

- a) психологические особенности людей, ожидающих рождения детей с особенностями развития, заниматься поисками путей оказания им психологической помощи
- b) психологические особенности новорожденных с ограниченными возможностями, заниматься поисками путей оказания психологической помощи семье
- c) психологические особенности репродуктивных функций у людей с ограниченными возможностями, заниматься поисками путей оказания им психологической помощи
- d) репродуктивных функций у людей с ограниченными возможностями

22. Гестационная доминанта обеспечивает:

- a) изменение гормонального фона женщины
- b) направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для развития эмбриона, а затем плода
- c) изменение психологического состояния женщины
- d) направленность всех реакций организма на создание оптимальных условий для возникновения беременности

23. Материнскую доминанту по И.А. Аршавскому последовательно составляют:

- e) гестационная, родовая, лактационная доминанты
- f) доминанта зачатия, гестационная, родовая
- g) гестационная, родовая, доминанта холдинга
- h) доминанта зачатия, гестационная, родовая, доминанта холдинга

24. Д. В. Винникотт считал:

- a) что психическое здоровье младенца зависит от качества заботы о нем матери
- b) что физическое здоровье младенца зависит от качества заботы о нем матери
- c) что физическое здоровье младенца зависит от его психического здоровья
- d) что «младенец, при условии включения заботы, которую он получает от матери, представляет психическую систему»

25. Результаты работ Дж. Боулби и М. Эйнсворт показали:

- a) для психического здоровья ребенка необходимо, чтобы его отношения с матерью приносили взаимную радость и тепло
- b) потребность в близости – базовая потребность ребенка
- c) основой отношения ребенка к матери является «принцип наслаждения»
- d) верно для психического здоровья ребенка необходимо, чтобы его отношения с матерью приносили взаимную радость и тепло; потребность в близости – базовая потребность ребенка

26. Диада «женщина и пренейт» имеют

- a) Общий орган, общие границы и зависимые друг от друга физиологию и психическое функционирование
- b) Общие связи нервных систем

- c) Независимые физиологическую и психическое функционирование
- d) Общую эндокринную и нервную системы.

27. Формированию тревожного варианта психологического компонента гестационной доминанты способствуют:

- a) случайность беременности; манипулятивный характер мотивов, побудивших женщину забеременеть, беременность вне брака, дисфункциональная семья
- b) соматическое и психическое здоровье
- c) высокая самооценка, низкий уровень тревожности
- d) благоприятные материально-бытовые условия;

28. Определение варианта ПКГД у беременной женщины влияет на:

- a) прекращение контакта с пациенткой
- b) постановку конкретных целей и задач психологической помощи
- c) формулирование рекомендаций членам семьи женщины
- d) формирование ятрогений

29. Деструктивные мотивы зачатия имеют следующие цели:

- a) вынудить партнера жениться; родить «назло» партнеру; выполнить настойчивую просьбу родителей о рождении внука или внучки; получить материальные выгоды
- b) стремление к бессмертию путем повторения себя в ребенке;
- c) выражение благодарности любимому человеку за счастье, которое он доставляет;
- d) желание творчества (рождение и воспитание такого человека, которого еще не было)

30. Дж. Боулби полагал, что связь ребенка и матери обусловлена:

- a) только лишь физиологическими потребностями
- b) потребностью в научении социально приемлемым навыкам
- c) потребностью в ориентировки в пространстве
- d) потребностью в близости к ухаживающему за ним человеку. Близость обеспечивает безопасность, позволяет заниматься исследовательской деятельностью, обучаться, адаптироваться к новым ситуациям.

31. Какие методы коммуникации позволят врачу установить оптимальный контакт с беременной женщиной?

- a) четкое следование структуре консультации, внимание ко времени,
- b) открытые вопросы, паузы, проявления эмпатии, внимательное слушание
- c) использование специальных терминов, фокусирование пациентки на негативных вариантах течения беременности
- d) закрытые вопросы позволяют оставлять проблемы в фокусе и собрать достаточное количество информации у пациентки

32. Задачи, характерные для импринтинга

- a) обучение, создает определенные поведенческие модели, используемые во взрослом состоянии в виде поведенческих реакций, способствует формированию бондинга;
- b) не влияет на формировании взаимоотношений ребенка и родителей
- c) формирование безусловного рефлекса
- d) поддерживает сохранение лактации

33. Стадии жизнедеятельности семьи влияют на:

- a) Мотивы зачатия, особенности развития и состояние здоровья младенца
- b) количество конфликтов
- c) количество детей в семье
- d) материальное благополучие семей

34. Какие существуют стадии развития семьи:

- a) начало супружеских отношений, экспериментов внебрачных отношений, развития компромиссов, зрелых супружеских отношений.
- b) добрачных отношений, супружеских компромиссов, созависимого супружеского холона, внебрачных отношений, восстановление супружеских отношений;
- c) внебрачных отношений; конформности; компромиссов; зрелого супружества; угасания супружеских отношений.
- d) добрачных отношений, конфронтации, компромиссов, зрелого супружеского холона, экспериментирования с независимостью, ренессанса супружеских отношений.

35. Продолжительность беременности при нормальном ее течении составляет

- a) 12 лунных месяцев, или 336 дней
- b) 10,5 лунных месяцев, или 294 дня
- c) 10 лунных месяцев, или 280 дней
- d) 9 лунных месяцев, или 252 дня

36. Когда происходит принятие и перестройка самосознания женщины с постепенным включением в него образа ребенка

- a) Только в третьем триместре
- b) При появлении внешних признаков беременности
- c) Во втором триместре
- d) Чаще всего после первого шевеления плода.

37. Симптом нетерпения проявляется через:

- a) Жалобы на то, что беременность женщине надоела, выражение стремления к скорейшему окончанию беременности
- b) желание женщины избежать родов,
- c) представления женщины о благополучном завершении беременности.
- d) тревожно-депрессивные сомнения в желанности беременности

38. Фасилитирующему типу отношения женщины к беременности свойственно:

- a) восприятие вынашивания ребенка как необязательной части ее жизненного сценария.
- b) не соответствие желанием и стремлениям женщины
- c) перестраивания образа жизни, чтобы создать благоприятные условия для течения беременности, родоразрешения и воспитания ребенка
- d) присутствие тревожного типа ПКГД

39. Какие методы психологической помощи роженице может использовать медицинский персонал?

- a) доброжелательное обращение и своевременное и деликатное информирование о предстоящих манипуляциях и связанных с ними ощущениях,
- b) обмен роженицами информацией псевдомедицинского или негативного характера,
- c) строгое обращение, отсутствие физического комфорта
- d) дефицит информации о происходящем с роженицей сейчас и о том, что предстоит.

40. Женщина называется «роженица»

- a) за месяц до родов
- b) за неделю до родов
- c) неделю после родов
- d) с начала и до окончания родов

41. При партнерских родах:

- a) требуется меньшее количество акушерско-гинекологических вмешательств, формируются оптимальные формы привязанности ребенка к обоим родителям, создают благоприятную ситуацию для формирования перинатального комплаенса.
- b) повышается травматизм новорожденного;
- c) требуется большое количества медикаментозных препаратов, повышается потребность в реабилитации в условиях детской клиники;
- d) повышается физическая и психическая нагрузка на средний медицинский персонал;

42. Чему способствуют бондинг и холдинг

- a) формированию достаточно заботливых отношений между родителями
- b) разлучению матери и ребенка
- c) формированию общих границ матери и ребенка
- d) созданию благоприятной среды для возникновения протодиалога матери и ребенка, способствуют естественному вскармливанию.

43. На что влияет отсутствие естественного грудного вскармливания

- a) на формирование раннего диалога между матерью и ребенком
- b) формирование варианта привязанности и модели отношений ребенка к объектам окружения и к миру в целом
- c) на необходимость обучения матери взаимодействию с ребенком
- d) у ребенка снижается сепарационная (базальная) тревога.

44. Какие типы поведения детей формируются под влиянием общения с матерью (по М. Эйнсворт)

- a) девиантная привязанность, объективная привязанность, организованная привязанность
- b) опасная привязанность, зависимая привязанность, ненадежная привязанность, оптимальная привязанность
- c) созависимая привязанность, оптимальная привязанность, ситуативная привязанность, опасная привязанность
- d) Избегающая привязанность, надежная привязанность, амбивалентная привязанность, дезорганизованная привязанность

45. Чем характеризуется избегающая привязанность

- a) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать
- b) ребенок все время ищет контакта с матерью
- c) на уход из комнаты матери, а затем на ее возвращение ребенок не обращает внимания, не ищет с ней контакта, продолжает игру.
- d) ребенок избегает зрительного контакта с матерью

46. Чем характеризуется безопасная, или надежная, привязанность

- a) ребенок не отпускает мать
- b) в присутствии матери ребенок чувствует себя некомфортно.
- c) ребенок долго не может успокоиться после расставания с матерью
- d) Если мать уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность. При возвращении матери ищет контакта с ней и, установив его, быстро успокаивается, вновь продолжает свои занятия.

47. Чем характеризуется амбивалентная привязанность

- a) При возвращении матери ребенок ищет контакта с ней и, установив его, быстро успокаивается, вновь продолжает свои занятия.
- b) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать
- c) ребенок долго не может успокоиться после расставания с матерью
- d) в присутствии матери ребенок остается тревожным. При ее уходе тревога возрастает. Когда

она возвращается, малыш стремится к ней, но контакту сопротивляется. Если мать берет его на руки, он вырывается.

48. Чем характеризуется дезорганизованная привязанность

- a) ребенок внимательно следит за матерью, при малейшей попытке выйти из комнаты хватается за нее и не отпускает от себя
- b) Если мать уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность
- c) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать
- d) Этот тип привязанности считается патологическим, ребенок, увидев вернувшуюся мать, застывает или убегает от нее.

49. Чем характеризуется симбиотическом типе привязанности.

- a) на уход из комнаты матери, а затем на ее возвращение ребенок не обращает внимания, не ищет с ней контакта, продолжает игру.
- b) ребенок идет на контакт с матерью, когда она начинает с ним заигрывать
- c) Если мать уходит, ребенок начинает беспокоиться, расстраивается, прекращает исследовательскую деятельность
- d) ребенок внимательно следит за матерью, при малейшей попытке выйти из комнаты хватается за нее и не отпускает от себя

50. Психологическая готовность к материнству характеризуется как

- a) специфическое личностное образование, стержневой образующей которого является субъект-объектная ориентация в отношении к еще не родившемуся ребенку
- b) набор особенностей коммуникативного опыта женщины
- c) желанность ребенка
- d) установки женщины на стратегию воспитания ребенка

51. К деструктивным мотивам зачатия можно отнести

- a) стремление к бессмертию путем повторения себя в ребенке
- b) выражение благодарности любимому человеку за счастье, которое он доставляет
- c) желание творчества (рождение и воспитание такого человека, которого еще не было)
- d) укрепить отношения в семье

52. Если женщина вынашивает нежеланного ребенка, то ее эмоциональный фон обычно характеризуется:

- a) амбивалентностью
- b) тревожностью
- c) внушаемостью
- d) угнетенным состоянием

53. Зачатие ребенка на каком этапе жизненного цикла семьи наиболее благоприятно для ребенка и супружеской пары:

- a) компромиссов
- b) добрачных отношений
- c) конфронтации
- d) экспериментирования с независимостью

54. Фактором повышенного риска возникновения нервно-психических нарушений у беременных является

- a) Возраст до 18 лет
- b) Возраст от 20 до 30 лет
- c) Возраст от 35 до 40

d) Возраст после 40

55. Какой возраст беременной женщины коррелирует с большей тревожностью:

- a) Возраст до 18 лет
- b) Возраст от 18 до 25 лет
- c) Возраст от 30 до 35 лет
- d) Возраст старше 35 лет

56. Для женщин с гипогестогнозическим вариантом ПКГД характерно высказывание:

- a) я не испытываю никаких особых эмоций, связанных с моей беременностью
- b) я испытываю волнение в связи с моей беременностью
- c) я испытываю страх в связи с мыслями о предстоящих родах
- d) я часто думаю о предстоящем материнстве

57. Термин «атиофориогнозия» произошел от:

- a) греч. «отрицание», «беременность»
- b) греч. «случайность», «беременность»
- c) греч. «отрицание», «беременность», «знание»
- d) греч. «случайность», «зачатие», «против»

58. Гипогестогнозический тип ПКГД определяется каким стилем переживания беременности:

- a) амбивалентным
- b) отвергающим
- c) игнорирующим
- d) тревожным

59. Эйфорический тип ПКГД характеризуется:

- a) не критичным отношением женщины к возможным проблемам беременности и материнства
- b) обязательным поиском второго, а то и третьего мнения
- c) отрицанием женщиной состояния беременности
- d) высоким чувством ответственности

60. При каком типе ПКГД беременность часто воспринимается женщиной как соматически болезненное состояние

- a) оптимальном типе ПКГД
- b) эйфорическом типе ПКГД
- c) тревожном типе ПКГД
- d) гипогестогнозическом типе ПКГД

61. При каком типе ПКГД беременная может демонстрировать максимально выраженные тревожные состояния, а также бредовые, ипохондрические идеи, идеи самоуничтожения, намерения «освобождения от ребенка»:

- a) депрессивном типе ПКГД
- b) эйфорическом типе ПКГД
- c) тревожном типе ПКГД
- d) гипогестогнозическом типе ПКГД

62. Психологическая готовность к материнству у женщин, не встающих на учет по беременности (по данным исследований):

- a) слабо выражена
- b) формируется

- c) сформирована, если есть веские причины не встать вовремя на учет
- d) сформирована

63. Явления инфантильной анорексии младенцев являются важным проявлением

- a) анаклитической депрессии
- b) дистимии
- c) атипичной депрессии
- d) постнатальной депрессии

64. Пищевое недоразвитие младенцев развивается:

- a) при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с нахождением в лечебном учреждении
- b) при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с пренебрежением ребенком и его эмоциональной и сенсорной депривацией
- c) при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с нарушением режима питания
- d) при нарушении взаимоотношений в системе «мать – дитя» в связи с болезнью ребенка

65. Руминация проявляется в форме

- a) многократного произвольного отрыгивания проглоченной пищи и повторного ее пережевывания
- b) отказа от еды
- c) многократных непроизвольных срыгиваний пищи
- d) рвоты

66. К ятрогениям беременных относятся нарушения появившиеся

- a) в результате высказываний или/и действий медицинских работников, неблагоприятно воздействующих на психику беременной женщины
- b) в результате высказываний/ и действий близких людей, неблагоприятно воздействующих на психику беременной женщины
- c) в результате высказываний/ и действий других беременных, неблагоприятно воздействующих на психику беременной женщины
- d) в результате высказываний/ и действий посторонних людей, неблагоприятно воздействующих на психику беременной женщины

67. С какого возраста при хирургических операциях плодам, по данным исследований, плод реагирует на боль:

- a) с возраста 14-15 недель
- b) с возраста 18-19 недель
- c) с возраста 20-21 недели
- d) с возраста 22 недели

68. К факторам, влияющим на нарушение эмоциональной связи между матерью и ребенком можно отнести:

- a) разлучение в первые часы после рождения
- b) депрессивный тип ПКГД у матери
- c) невозможность тактильного контакта
- d) разлучение в первые часы после рождения; депрессивный тип ПКГД у матери; невозможность тактильного контакта

69. Психическое состояние, появившееся в результате ситуаций, при которых субъект не имеет возможности удовлетворить некоторые основные психические потребности в достаточной

мере на протяжении длительного периода:

- a) Сенсорная депривация
- b) Психологическая депривация
- c) Двигательная депривация
- d) Когнитивная депривация

70. Госпитализм у детей возникает в ситуации:

- a) Двигательной депривации
- b) Когнитивной депривации
- c) Эмоциональной депривации
- d) Сенсорной депривации

71. Фобическая гипотемия это

- a) Сниженное настроение, связанное с навязчивым страхом или страхами
- b) Кратковременное возбуждение, вызванное стрессовой ситуацией
- c) Сниженное настроение из-за плохого самочувствия
- d) Сниженное настроение из-за трудностей в общении с близкими

72. Схема NURSE инструмент

- a) Выражения своего мнения
- b) Выражения эмпатии
- c) Эффективного информирования
- d) Работы с возражениями

73. Симптомом послеродовой депрессии является

- a) Нарушения сна более 2-х недель
- b) Нарушения пищевого поведения более 2-х недель
- c) Мысли о причинении вреда себе или ребенку
- d) Нарушения сна более 2-х недель; Нарушения пищевого поведения более 2-х недель; Мысли о причинении вреда себе или ребенку

74. Низкий уровень готовности к материнству характеризуется:

- a) Противоречивой установкой на воспитание
- b) Наличием колебаний в принятии решения иметь ребенка, негативных ощущений и переживаний в период беременности
- c) Наличием колебаний в принятии решения о способе родоразрешения
- d) Оптимальным вариантом ПКГД

75. Типичным примером психологической депривации может служить:

- a) Ограничение двигательной активности
- b) Тактильная депривация
- c) Эмоциональная депривация
- d) Тактильная депривация; Эмоциональная депривация

76. Что такое «потеря»

- a) Исчезновение того, кто разрушает ощущение безопасности, либо обеспечивает самоидентичность человека
- b) Исчезновение или нарушение (реальное или переживаемое как таковое), того, что/кто дает ощущение безопасности, либо обеспечивает самоидентичность человека
- c) Рефлексия по поводу своего опыта горевания и утрат
- d) Несостоявшаяся попытка повысить свой социальный статус

77. Реакция утраты

- a) Горе, процесс психических изменений, направленных на приспособление к произошедшей утрате
- b) Процесс психических изменений, направленных на приспособление к возможной в будущем утрате
- c) Утрата мечты о ребенке
- d) Утрата планов на будущее

78. Перинатальная потеря в медицине

- a) гибель новорождённого через 2 месяца после родов.
- b) гибель ребенка независимо от возраста
- c) утрата мечты о ребенке
- d) гибель плода на различных стадиях беременности, во время родов или смерть новорождённого вскоре после родов.

79. Перинатальная потеря в психологии

- a) утрата мечты о ребенке
- b) всевозможные утраты, переживаемые женщиной и людьми, причастными к беременности и рождению ребёнка, произошедшие в период планирования беременности, в пре- и перинатальном периоде и на первом году жизни ребёнка.
- c) рождение в семье второго и следующего ребенка
- d) состоявшаяся попытка приобрести социальный статус матери или отца

80. Какие бывают виды нормального (неосложненного) горя

- a) пролонгированное горе
- b) патологическое, затяжное горе
- c) Острое горе, интегрированное горе
- d) Горе, лишённое прав на эмоциональную реакцию

81. Какие бывают виды символических утрат при перинатальных потерях

- a) подрыв веры в свои силы
- b) Утрата статуса (родительства), утрата будущего, утрата стадии жизненного цикла, утрата надежды, мечты, творения, части себя, семьи, друг друга.
- c) физическая утрата значимого другого;
- d) Утрата внешнего объекта прошлого

82. Особенности горевания у мужчин при перинатальной утрате

- a) Утрата единения с плодом
- b) Снижение самооценки, подрыв веры в свои силы
- c) Утрата чувства принадлежности к диаде «мать-дитя».
- d) Позиция наблюдателя, лишённого права эмоциональной включённости. Самообвинение и обвинение партнёра. Неконструктивные способы: уход в работу, зависимости, появление отношений вне брака.

83. Ситуации перинатальных потерь

- a) преждевременные роды
- b) внутриутробные патологии плода
- c) развод с отцом ребенка
- d) внематочная беременность; антенатальная и интранатальная гибель плода; гибель одного из плодов при многоплодной беременности; ситуации невынашивания беременности; аборт; бесплодие, неудачная попытка при ЭКО, ситуация перинатального выбора

84. Особенности горевания при перинатальной потере

- a) изменение качества жизни семьи

- b) отсутствие фаз и стадий проживания горя
- c) Отсутствие ритуалов и социальной поддержки при перинатальной утрате
- d) отсутствие изменений в семье

85. Как «реакции переживания» проявляются у детей при перинатальной утрате в семье

- a) никак не проявляются
- b) в отклонениях в поведении, изменениями восприятия реальности, состояниями страха, нарушениями сна, психосоматическими симптомами
- c) повышением аппетита
- d) повышением физической активности

86. Возможные особенности горевания родителей при перинатальной потере.

- a) Страх за живых детей, гиперопека.
- b) Замена умершего ребёнка, переключение внимания только на живых.
- c) Игнорирование живых детей, погружение в глубокий траур
- d) Страх за живых детей, гиперопека; Замена умершего ребёнка, переключение внимания только на живых; Игнорирование живых детей, погружение в глубокий траур

87. Культурно-религиозные аспекты траура в христианской традиции

- a) аборт и выбор количества эмбрионов считается грехом, церковное поминовение только крещенных младенцев, хоронят на 3 день
- b) нет этических трудностей при прерывании беременности
- c) острое горевание длится больше года
- d) умершие младенцы быстро забываются

88. Какими словами можно поддерживать родителей в ситуации перинатальной потери

- a) «Я сожалею», «Я бы хотел, чтобы всё кончилось иначе», «Я сочувствую вам»
- b) «Так лучше», «Могло быть хуже»
- c) «Хорошо что ребёнок умер, пока вы ещё не привыкли к нему»...
- d) «У вас ещё могут быть дети», «Время лечит»

89. Культурно-религиозные аспекты траура в иудейской традиции

- a) вспоминают все плохое
- b) нет социальной поддержки горюющих
- c) хоронят в тот же день до восхода солнца, затем 7 дней траура находятся дома (Шива), на 30 день ставят памятник, оплакивать можно 1 год, нет ритуалов после выкидыша, аборт допустим в некоторых случаях
- d) на могилу приносят цветы

90. Культурно-религиозные аспекты траура в мусульманской традиции

- a) если ребенок родился мертвым совершается намаз.
- b) сдержанное принятие, громкие рыдания не приветствуются. если при выкидыше или преждевременных родах издал крик или совершил произвольное движение, то считают, что родился живым – читают намаз, если нет-намаз не совершается. Выкидыш старше 4 месяцев считается полноценным человеком-закутывают в ткань.
- c) разрешена кремация
- d) большое внимание готовке и порядку

91. Культурно-религиозные аспекты траура в буддийской традиции

- a) выраженные вербальные и эмоциональные проявления скорби.
- b) тело надо внести в храм.
- c) мало символических способов для проявления скорби

d) слезы не приветствуются, не приветствуют вскрытие, скорбящие облачаются в специальные одежды, ходят с костылем. Разрешена кремация, предание тела земле или воде на 3 день. Считается хорошо умирать в кругу семьи.

92. Этические дилеммы при перинатальной утрате

- a) Угроза жизни матери, необходимо прерывание беременности
- b) Угроза жизни ребёнка, отказ от манипуляций, лечения, обследования
- c) Предрассудки и убеждения врача (ЛГБТ, аборт, религиозные особенности и проч.)
- d) Угроза жизни матери, необходимо прерывание беременности; Угроза жизни ребёнка, отказ от манипуляций, лечения, обследования; Предрассудки и убеждения врача (ЛГБТ, аборт, религиозные особенности и проч.)

93. Виды ВРТ и альтернативные варианты при бесплодии

- a) Жизнь без детей, ИКСИ, ЭКО, донорство гамет и эмбрионов, суррогатное материнство, усыновление.
- b) Развод
- c) Связи вне брака
- d) Решение на непрерывное лечение принимает только женщина.

94. Факторы риска, влияющие на переживания неудачной попытки ЭКО

- a) наличие единственного брака
- b) Возраст, наличие/отсутствие детей, финансовые затраты, срок беременности, на котором произошла потеря.
- c) безразличное отношение к временным затратам
- d) этические проблемы

95. Признаки осложненного переживания перинатальной потери

- a) Разрешение себе быть счастливой.
- b) Легкое отношение к новой беременности, «наступит в свое время».
- c) Выстраивание своей жизни в новых условиях.
- d) Фиксация на идее новой беременности, застревание в трауре, вина, обида, агрессия, запрет на желание быть счастливой.

96. Признаки успешного переживания перинатальной потери.

- a) Принятие и интеграция полученного опыта в свою жизнь, желание думать о будущем, строить планы.
- b) Мучительные раздумья над вопросом «Для чего мне это было дано?»
- c) нет интереса к разным сферам жизни
- d) нет желания думать о будущем и строить планы.

97. Влияние опыта переживания перинатальной потери на последующие беременности

- a) никакого влияния не оказывает.
- b) фактор риска в аспекте физического и психического здоровья матери.
- c) сниженная тревожность.
- d) никак не влияет на вынашивание и воспитание последующих рожденных детей.

98. Особенности коммуникации с женщиной при выявлении патологии развития плода

- a) пониженная значимость коммуникации с врачом для беременной женщины
- b) особенности коммуникации отсутствуют, следует придерживаться обычной тактики общения
- c) **требуется использование бережных форм общения, способствующих продуктивному контакту и позволяющих снижать риски возникновения конфликтных ситуаций**
- d) требуется особая строгость в требовании соблюдения рекомендаций врачей

99. В ситуации выявления патологии плода родителям важно услышать от врача:

- a) вы видите, что они не справляются, упрекайте за каждую мелочь
- b) Что в патологии нет вины родителей, что им оказывают и окажут всю возможную помощь
- c) что они плохие родители
- d) что Вы видите, как легко им даются эти новости

100. Винсент Монтгомери Ру определяет постабортный синдром как:

- a) посттравматическое стрессовое расстройство, характеризующееся развитием симптомов, вызванных определенными эмоциональными реакциями на полученную вследствие аборта физическую и эмоциональную травму,
- b) постоянное преследование пережитого в подсознании женщины
- c) опыт насильственной смерти
- d) сочетание психических симптомов, которые могут появиться после аборта

Правильные ответы по тесту

№	Верный ответ	№	Верный ответ	№	Верный ответ
1	d	41	a	81	b
2	b	42	d	82	d
3	b	43	b	83	d
4	b	44	d	84	c
5	d	45	c	85	b
6	b	46	d	86	d
7	c	47	d	87	a
8	c	48	d	88	a
9	d	49	d	89	c
10	d	50	a	90	b
11	a	51	d	91	d
12	a	52	a	92	d
13	a	53	a	93	a
14	a	54	a	94	b
15	a	55	d	95	d
16	d	56	a	96	a
17	d	57	c	97	b
18	d	58	c	98	c
19	d	59	a	99	b
20	a	60	c	100	a
21	c	61	a		
22	b	62	a		
23	a	63	a		
24	a	64	b		
25	d	65	a		
26	a	66	a		
27	a	67	a		
28	b	68	d		
29	a	69	b		
30	d	70	c		

31	b		71	a	
32	a		72	b	
33	a		73	d	
34	d		74	b	
35	c		75	d	
36	d		76	b	
37	a		77	a	
38	c		78	d	
39	a		79	b	
40	d		80	c	

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Основы перинатальной психологии»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**

направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция - в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно

излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;
- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.
- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;
- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);
- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловыe вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемым, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и

исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь со смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию, формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как

теоретика и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы.

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность «среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать ряд особенных, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую

характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять, на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также

случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции, следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общезакономерность и на ее основе подлежат анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разного рода тезисными записями и

планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучаемых.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

– рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;

– методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

- Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

– заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;

– досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;

– самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, самостоятельности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой

обучающимся к данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общих и профессиональных компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

– репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

– активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

– интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

– разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

– максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

– использование бланков документов, инструктивных материалов;

– наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

– чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);

– составление плана текста;

– графическое изображение структуры текста;

– составление электронной презентации;

– конспектирование текста;

– подготовка выписок из текста;

– работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;

– научно-исследовательская работа;

– использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

– работа с конспектом лекций;

– работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);

– составление плана и тезисов ответа;

– составление таблиц для систематизации учебного материала;

– изучение нормативных материалов;

– ответы на контрольные вопросы;

– аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);

– заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;

– подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;

– подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;

– составление резюме;

– написание истории болезни;

– составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

– решение задач и упражнений по образцу;

– решение вариативных задач и упражнений;

– отработка манипуляций;

– выполнение расчетно-графических работ;

– решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;

- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовки каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

3. Составление конспектов

Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

– плановый. При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.

– тематический конспект, является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.

– текстуальный конспект, представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.

– свободный конспект, включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;

2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;

3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;

4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

– композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;

– отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;

– язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;

– аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.

2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата (читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, познакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

1) по полноте изложения:

- информативные (рефераты-конспекты);
- индикативные (рефераты-резюме);

2) по количеству реферируемых источников:

- монографические;
- обзорные;

3) по читательскому назначению:

- общие;
- ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;
- специализированные;
- ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.
2. Содержание.
3. Введение.
4. Основная часть.
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, курация больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начала до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;
- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздки, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишённого эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределенно-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылок на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объем заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объем работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объем могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объем не включаются.*

Цвет шрифта – черный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, черного цвета, одинаковым по всему объему текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нем не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела,

разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела, 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается**:

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак «Ø» для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например > (больше), < (меньше), = (равно), ≤ (меньше или равно), ≥ (больше или равно), ≠ (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставиться неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не умещается в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;
- перед скобками и после них: (a+b)(d+c);

Косой крест (x) в качестве знака умножения ставиться:

- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1). Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзачного отступа.

Например:

$$W=wgkc,$$

(1)

где w_g – расчетное значение ветрового давления;
 k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;
 c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;

– цитирование должно быть полным, без искажения смысла;

– пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

– Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);

– указы Президента РФ (в той же последовательности);

– постановления Правительства РФ (в той же очередности);

– иные нормативные правовые акты;

– иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);

– монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);

– иностранная литература;

– интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

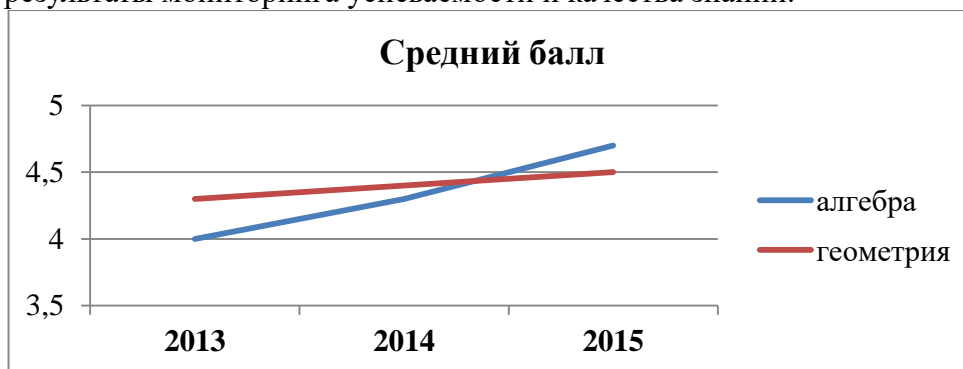


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеоларную группы пучков волокон (Рис. 5).

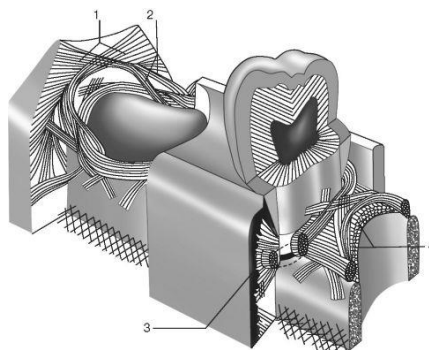


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Дисциплина	ОСНОВЫ ОНКОПСИХОЛОГИИ (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра психологии (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1
Занятия лекционного типа	6 час.
Занятия семинарского типа	24 час.
Всего аудиторной работы	30 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	42 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет
Общая трудоемкость дисциплины	72/2 (час/зач.ед.)

Рабочая программа дисциплины «Основы онкопсихологии» дисциплины разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 599 от 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 136н от 14.03.2018 «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

СОСТАВИТЕЛИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Щукина Мария Алексеевна	д.п.н.	Профессор кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Вагайцева Маргарита Валерьевна	к.п.н.	Доцент кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа дисциплины «Основы онкопсихологии» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры психологии «20» декабря 2022 г., протокол № 4.

Рабочая программа дисциплины «Основы онкопсихологии» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21 » февраля 2023 г., протокол № 03/2023.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Дисциплина «Основы онкопсихологии» является неотъемлемым звеном в части формирования системы универсальных компетенций при подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология. Содержание дисциплины направлено на формирование представлений об основах, целях, принципах онкопсихологии и приобретение опыта использования методов конструктивного взаимодействия в практической деятельности врача с человеком в ситуации онкологического заболевания (пациент, родственник пациента). В ходе изучения дисциплины рассматриваются особенности восприятия болезни человеком в ситуации онкологического заболевания, этапы психологической адаптации человека в ситуации онкологического заболевания. Особое внимание уделяется вопросам конструктивного взаимодействия врача с человеком в ситуации онкологического заболевания и методам психологической профилактики у врача вторичной травматизации при работе с онкологическими пациентами.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: формирование представлений об основах, целях, принципах онкопсихологии и приобретение опыта использования методов конструктивного взаимодействия в практической деятельности врача с человеком в ситуации онкологического заболевания (пациент, родственник пациента).

Задачи изучения дисциплины:

1. Сформировать представление о теоретических основах и принципах онкопсихологии.
2. Рассмотреть особенности восприятия болезни человеком в ситуации онкологического заболевания.
3. Изучить этапы психологической адаптации человека в ситуации онкологического заболевания.
4. Рассмотреть принципы и приемы конструктивного взаимодействия врача с человеком в ситуации онкологического заболевания и его родственниками.
5. Познакомить ординаторов с методами психологической профилактики вторичной травматизации при работе с онкологическими пациентами

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Основы онкопсихологии» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 1 модуля «Элективные дисциплины. Общепрофессиональный модуль» учебного плана.

Междисциплинарные и внутродисциплинарные связи:

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами:

- «Педагогика».

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных компетенций (УК).

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Код и наименование универсальной компетенции
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знает:- возможности и способы применения онкопсихологии в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения онкопсихологии в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте.	Знает:- методы и приемы онкопсихологии для применения в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет:- использовать методы и приемы онкопсихологии в профессиональном контексте	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Знает:- принципы общения с учетом культурологических и социальных особенностей онкологических пациентов и их родственников	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - учитывать в профессиональной деятельности культурологические и социальные особенности пациентов и их родственников	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
		УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Знает:- приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и онкопациентов	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет:- использовать приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и онкологических пациентов	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает:- методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для предотвращения и профилактики вторичной травматизации при работе с онкологическими пациентам	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
			Умеет: - использовать методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для предотвращения профилактики вторичной травматизации при работе с онкологическими пациентам	Для текущего контроля: СЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, Р - реферат

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	30	30
Из них:		
Занятия лекционного типа	6	6
Занятия семинарского типа	24	24
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	42	42
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	72	72
часы	72	72
зач. ед.	2	2
Из них на практическую подготовку в час.*	40	40

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование тем дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Тема 1. Введение в онкопсихологию.	2	4	8	14	6
Тема 2. Психология онкологического пациента. Особенности восприятия онкологического заболевания.	2	8	12	22	10
Тема 3. Взаимодействие с родственниками пациента.	2	4	12	18	8
Тема 4. Психологическая профилактика вторичной травматизации врача при работе с онкологическими пациентами.	-	8	10	18	9
ИТОГО	6	24	42	72	33

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 50% от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и 50% от занятий самостоятельной работы.

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 1							
Тема 1.	Введение в онкопсихологию.	2	-	Место онкопсихологии в психологии. Роль онкопсихологии в онкологии. Цель, задачи и основные методы психологического сопровождения человека в ситуации онкологического заболевания.	УК-1.2	Мультимедийная презентация	КВ
Тема 2.	Психология онкологического пациента. Особенности восприятия онкологического заболевания.	2	-	Онкологическое заболевание как событие в жизни человека. Виды психических состояний. Адаптационный потенциал личности. Этапы адаптации человека по Э. Кюблер-Росс. Теория В.Н. Мясищева «Личность как система отношений».	УК-1.3, УК-5.2	Мультимедийная презентация	КВ
Тема 3.	Взаимодействие с родственниками пациента.	2	-	Особенности восприятия членами семьи и близкими онкологического пациента ситуации болезни. Критерии эффективности взаимодействия с родственником онкологического пациента.	УК-4.1, УК-5.2	Мультимедийная презентация	КВ, СЗ
ВСЕГО		6	0				

* *Оценочные средства: КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи*

4.4. Тематический план занятий семинарского типа –

№ темы	Форма проведения занятия	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП *	Содержание темы занятия	Формируемые индикаторы компетенций	Формы и методы текущего контроля
Курс 1							
1.	Семинар	Введение в онкопсихологию.	4	2	Онкопсихология как междисциплинарная область науки и практики. Этапы развития онкопсихологии в России и в мире.	УК-1.2	КВ
2.	Семинар	Психология онкологического пациента. Особенности восприятия онкологического заболевания.	4	2	Онкологическое заболевание как событие в жизни человека. Отношение к болезни. Этапы формирования отношения к болезни.	УК-1.3, УК-5.2	КВ
	Семинар	восприятия онкологического заболевания.	4	2	Специфика отношения к онкозаболеванию. Виды отношения онкозаболеванию. Психологическая идентичность онкопациента.	УК-1.3, УК-5.2	КВ
3.	Практическое занятие	Взаимодействие с родственниками пациента.	4	2	Факторы, снижающие эффективность взаимодействия врача и родственника пациента. Понятие	УК-4.1, УК-5.2	КВ, СЗ

					«идентифицированный пациент». Навыки эффективного взаимодействия врача и «идентифицированного пациента».		
4.	Практическое занятие	Психологическая профилактика вторичной травматизации врача при работе с онкологическими пациентами.	4	2	Понятие «вторичная травма». Взаимосвязь вторичной травмы и профессионального выгорания. Понятие «экстремальная коммуникация». Виды экстремальной коммуникации.	УК-4.3, УК-5.2	КВ, СЗ
	Практическое занятие		4	2	Методы профилактики вторичной травматизации врача. Способы эмоциональной саморегуляции врача.	УК-4.3, УК-5.2	КВ, СЗ
ВСЕГО			24	12			

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.*

КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи

4.5. Внеаудиторная самостоятельная работа

Вид самостоятельной работы	Часы	Формируемые индикаторы Компетенций
Подготовка к занятиям, ведение дневника наблюдений	10	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	10	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	22	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2

Самостоятельная проработка некоторых тем – не предусмотрена

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии активного обучения (инновационные)
5. Технологии группового обучения
6. Технологии игрового обучения

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего и промежуточного контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств			
		КВ	ТЗ	СЗ	Р
	Тема 1. Введение в онкопсихологию.	10	25	-	10

Текущий контроль	Тема 2. Психология онкологического пациента. Особенности восприятия онкологического заболевания, Специфика взаимодействия с онкологическим пациентом.	10	25	-	10
	Тема 3. Взаимодействие с родственниками онкологического пациента.	10	25	5	15
	Тема 4. Психологическая профилактика вторичной травматизации врача при работе с онкологическими пациентами.	10	25	5	15
Промежуточная аттестация по дисциплине – зачет		40	100	10	50

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, Р – темы для рефератов

5.2. Организация текущего контроля знаний

№ п/п	Наименование темы (раздела) Дисциплины	Код контролируемого индикатора, компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Введение в онкопсихологию.	УК-1.2	КВ
2.	Психология онкологического пациента. Особенности восприятия онкологического заболевания, Специфика взаимодействия с онкологическим пациентом.	УК-1.3, УК-5.2	КВ
3.	Взаимодействие с родственниками онкологического пациента.	УК-4.1, УК-5.2	КВ, СЗ
4.	Психологическая профилактика вторичной травматизации врача при работе с онкологическими пациентами.	УК-4.3, УК-5.2	КВ, СЗ

КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи

5.3. Организация контроля самостоятельной работы

№ п/п	Вид работы	Код контролируемого индикатора компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Подготовка к занятиям	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	КВ
2.	Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	КВ
3.	Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	КВ

КВ – контрольные вопросы.

5.4. Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые индикаторы компетенций
1	Реферат	Р	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
2	Тестирование	ТЗ	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, Р - реферат

Критерии оценивания результата промежуточной аттестации:

«Зачтено» – при условии положительных результатов на 1, 2 этапе.

«Не зачтено» – при наличии одного или более неудовлетворительных результатов.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Тестирование. Тестовая база содержит 100 заданий, из которых случайным образом выбирается 20 заданий, на которые студент должен дать ответ за 20 минут.

Предоставление реферата по дисциплине.

Типовые оценочные средства.

Примерные темы рефератов

1. Этапы развития онкопсихологии в мире.
2. Этапы развития онкопсихологии в России.
3. основополагающие принципы онкопсихологии.
4. Направления и подходы в онкопсихологии.
5. Основные методы и задачи онкопсихологии.
6. Психика и онкологическое заболевание. Взаимосвязь и взаимовлияние.
7. Особенности восприятия заболевания онкологическими пациентами.
8. Особенности восприятия заболевания родственниками онкологических пациентов.
9. Адаптация человека в ситуации онкологического заболевания.
10. Эпидемиология онкологической заболеваемости.
11. Актуальная статистика детской онкологии.
12. Понятие «онкологическое заболевание». Виды, методы лечения, этапы течения болезни.
13. Влияние бытовых заблуждений на раннюю диагностику заболевания.
14. Онкологическое заболевание и психическое здоровье человека.
15. Методы профилактики вторичной травматизации специалиста онкологического стационара.

Примеры типовых контрольных вопросов

для проверки формирования индикаторов компетенций

УК-1.2, УК-1.3

1. Роль онкопсихологии в медицине.
2. Особенности восприятия пациентами изменений в связи с заболеванием в зависимости от этапа течения заболевания.

УК-4.1, УК-4.3

3. Считается, что при постановке онкологического диагноза, человек проживает те же состояния, что и при утрате близкого человека. Выберите верные ответы.
4. Основной причиной отказа пациента от лечения онкологического заболевания является:

УК-5.2

1. Этические нормы при взаимодействии с человеком в ситуации онкологического заболевания.
2. Профилактика вторичной травматизации в работе врача.

Примеры ситуационных задач

для проверки формирования индикаторов компетенций

УК-4.1, УК-4.3

1. В ходе первичного приема возникает подозрение на онкологическое заболевание. Сообщите пациенту о необходимости обращения к врачу-онкологу.

2. Состояние пациента ухудшилось. Проинформируйте пациента о переходе на этап паллиативного лечения.

УК-5.2

1. На приеме родственник пациента ведет себя агрессивно и несдержанно. Постройте тактику экологичного взаимодействия.

2. На приеме пациент выглядит удрученным и деконцентрированным. Постройте тактику экологичного взаимодействия.

Примеры типовых тестовых заданий

для проверки формирования индикаторов компетенций

УК-1.2, УК-1.3

ТЗ 1. К основным методологическим подходам онкопсихологии НЕ относится:

- e) экзистенциальный
- f) глубинный**
- g) когнитивно-поведенческий
- h) психодинамический

ТЗ 2. Основные методы диагностики эмоционального состояния онкологических пациентов:

- a) клинико-диагностическая беседа;
- b) наблюдение за психическими и поведенческими реакциями пациента;
- c) психодиагностическое обследование;
- d) все ответы верны.**

УК-4.1, УК-4.3

1. ТЗ 1. К нормальным психическим реакциям онкологических пациентов относятся:

- a) аффективные реакции, связанные с постановкой диагноза, ухудшением физического состояния, прогрессированием заболевания**
- b) озабоченность своим физическим состоянием, фиксированность на соматических симптомах, поиск и отслеживание дискомфорта со стороны различных систем органов;
- c) аффективные реакции безразличия к происходящим событиям в жизни, физическому состоянию, ходу лечения длительность более 6 мес;
- d) реакции избегания травмирующих лечебных процедур, отказ от диагностических обследований, пренебрежение рекомендациями лечащего врача.

2. ТЗ 2. Основные принципы психологической реабилитации онкологических пациентов:

- a) раннее начало реабилитационных мероприятий
- b) реабилитационные мероприятия индивидуализированы и направлены на устранение нарушений психического функционирования, содействию адаптации пациента
- c) мотивированность пациента и его личная заинтересованность в реабилитационных мероприятиях
- d) раннее начало реабилитационных мероприятий; реабилитационные мероприятия индивидуализированы и направлены на устранение нарушений психического функционирования, содействию адаптации пациента; мотивированность пациента и его личная заинтересованность в реабилитационных мероприятиях**

УК-5.2

1. ТЗ 1. Способы поддержания психического и профессионального здоровья врача:

- a) самореализация и профессиональный рост
- b) регулярное участие в балинтовских группах
- c) соблюдение принципов этики и психогигиены в работе с пациентами и мед. персоналом
- d) самореализация и профессиональный рост; регулярное участие в балинтовских группах; соблюдение принципов этики и психогигиены в работе с пациентами и мед. персоналом**

2. ТЗ 2. Основные факторы, влияющие на эмоциональное благополучие и профессиональное долголетие специалиста в сфере онкологии.

- a) регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность
- b) самореализация и профессиональный рост
- c) регулярные индивидуальные или групповые супервизии
- d) регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность; самореализация и профессиональный рост; регулярные индивидуальные или групповые супервизии**

Оценочные средства для проведения текущего контроля и промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложении №1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1. Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru/>; <http://www.rambler.ru/>; <http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн МультиТран (<http://www.multitrans.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

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

Основная литература:

1. Психотерапия: учебник / под ред. А. В. Васильевой, Т. А. Караваевой, Н. Г. Незнанова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464854.html>
2. Клиническая психология. Психологическое сопровождение онкологически больных детей и взрослых: учебное пособие для вузов / В. Г. Степанов, Е. А. Бауэр, Д. Н. Ефремова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Издательство Юрайт, 2022. - Текст : электронный // URL: <https://urait.ru/bcode/493457>
3. Психологическое сопровождение онкологически больных детей и взрослых / В. Г. Степанов, Е. А. Бауэр, Д. Н. Ефремова. - 2-е изд., перераб. и доп. - М.: Издательство Юрайт, 2022. - Текст : электронный // URL: <https://urait.ru/bcode/495715>

Дополнительная литература:

1. Онкология / Под ред. Чиссова В. И., Давыдова М. И. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2014. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432846.html>
2. Психотерапия боли / А. П. Рачин, К. А. Якунин. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970463680.html>
3. Депрессивное расстройство / Мазо Г. Э., Незнанов Н. Г. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450383.html>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по дисциплине «Основы онкопсихологии» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Основы онкопсихологии» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Основы онкопсихологии» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Основы онкопсихологии» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Основы онкопсихологии» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях.

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ОСНОВЫ ОНКОПСИХОЛОГИИ»

Специальность ординатуры	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач-неонатолог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**
по дисциплине «ОНКОПСИХОЛОГИЯ»

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

Наименование раздела (темы) Дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства *
Тема 1. Введение в онкопсихологию.	УК-1.2	КВ, ТЗ
Тема 2. Психология онкологического пациента. Особенности восприятия онкологического заболевания.	УК-1.3, УК-5.2	КВ, ТЗ
Тема 3. Взаимодействие с родственниками пациента.	УК-4.1, УК-5.2	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 4. Психологическая профилактика вторичной травматизации врача при работе с онкологическими пациентами.	УК-4.3 УК-5.2	КВ, ТЗ, СЗ
Подготовка реферативной работы	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2	Р

* *Оценочные средства:* КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, СЗ-ситуационная задача

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальная компетенция – УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.2 Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте	Знает: - возможности и способы применения онкопсихологии в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, темы № 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения онкопсихологии в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, темы № 1 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте	Знает: - методы и приемы онкопсихологии для применения в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, темы № 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать методы и приемы онкопсихологии в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на СЗ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: СЗ, темы № 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Универсальная компетенция – УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-4.1. Использует знания основ онкопсихологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом особенностей эмоционального реагирования на ситуацию онкологического заболевания.	Знает: - принципы общения с учетом культурологических и социальных особенностей онкологических пациентов и их родственников	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, тема № 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - учитывать в профессиональной деятельности культурологические и социальные особенности пациентов и их родственников	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на СЗ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: СЗ, тема № 3 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Знает: - приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и онкологических пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, тема № 4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и онкологических пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на СЗ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: СЗ, тема № 4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

Универсальная компетенция – УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории.	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для предотвращения и профилактики вторичной травматизации при работе с онкологическими пациентами	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ, темы № 2,3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - использовать методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития и состояния для предотвращения профилактики вторичной травматизации при работе с онкологическими пациентами	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: СЗ, темы № 3,4 Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

КВ - контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, Р - реферат

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

Оценка	Критерии
Зачтено	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу. Могут быть допущены недочеты в ответах на вопросы, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.
Не зачтено	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает недостаточное раскрытие терминов, концепций, теорий по дисциплине. Ответ содержит ряд серьезных неточностей, выводы поверхностны или неверны. Не может привести примеры из практики. Логически непоследовательно излагает материал.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Защита реферата
Не зачтено	70% и менее	Тема не раскрыта. Выбор источников не соответствует теме. Требования к оформлению и структуре реферата не соблюдены.
Зачтено	Более 70%	Степень раскрытия темы достаточная. Обоснованный выбор источников. Требования к оформлению и структуре реферата соблюдены. Выводы соответствуют практической значимости.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к определенной науке, отрасли или объектам, не узнает их в текстах, изображениях или схемах и не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный элемент содержания не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции и их индикаторы
1 этап	Тестирование	ТЗ	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2
2 этап	Написание реферата по теме	Экспертная оценка преподавателя	УК-1.2, УК-1.3, УК-4.1, УК-4.3, УК-5.2

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

СЗ – ситуационные задачи

Тема 1. Введение в онкопсихологию. (УК-1.2)

Контрольные вопросы

1. Опишите направление «онкопсихология» в структуре психологической науки.
2. Роль онкопсихологии в медицине.
3. Опишите этапы развития онкопсихологии в мире.
4. Опишите этапы развития онкопсихологии в России.
5. Назовите основополагающие принципы онкопсихологии.
6. Назовите основные подходы онкопсихологии.
7. Назовите основные методы онкопсихологии.
8. Опишите взаимосвязь психики и онкологического заболевания.
9. Расскажите о взаимосвязи психики и соматики.
10. Расскажите о взаимосвязи отношения к здоровью и типа личности человека.

Тема 2. Психология онкологического пациента. Особенности восприятия онкологического заболевания. Специфика взаимодействия с онкологическим пациентом. (УК-1.3, УК-5.2)

Контрольные вопросы

1. Поясните экстремальный характер онкологического заболевания.
2. Поясните кризисный характер онкологического заболевания.
3. Дайте определение понятию «дистресс».
4. Назовите примерные формы онкологического заболевания.
5. Назовите степени тяжести онкологического заболевания.
6. Назовите этапы течения онкологического заболевания.
7. Считается, что при постановке онкологического диагноза, человек проживает те же состояния, что и при утрате близкого человека. Назовите этапы психической адаптации.
8. Опишите особенности восприятия онкологического заболевания на этапе активного лечения.
9. Назовите основные причины отказа пациента от лечения онкологического заболевания.
10. Опишите особенности восприятия онкологического заболевания на этапе восстановления.

Тема 3. Взаимодействие с родственниками онкологического пациента. (УК-4.1, УК-5.2)

Контрольные вопросы

1. Назовите группы людей в категории «человек в ситуации онкологического заболевания».
2. Этические нормы при взаимодействии с человеком в ситуации онкологического заболевания.
3. Опишите роль семьи пациента в ситуации онкологического заболевания.
4. Опишите признаки внутреннего неблагополучия семьи пациента в ситуации онкологического заболевания.
5. Опишите особенности изменений внутри семьи пациента в ситуации онкологического заболевания.
6. Назовите особенности переживания семьи пациента в ситуации онкологического заболевания.
7. Назовите риски дезадаптации членов семьи пациента в ситуации онкологического заболевания.

8. Назовите основные типы реагирования членов семьи пациента в ситуации онкологического заболевания.
9. Назовите основные эффективные способы коммуникации по типу реагирования «родственник».
10. Назовите основные эффективные способы коммуникации по типу реагирования «очевидец».
Назовите основные эффективные способы коммуникации по типу реагирования «наблюдатель».

Ситуационные задачи

1. В ходе первичного приема возникает подозрение на онкологическое заболевание. Сообщите пациенту о необходимости обращения к врачу-онкологу.
2. Состояние пациента ухудшилось. Проинформируйте пациента о переходе на этап паллиативного лечения.
3. На приеме родственник пациента ведет себя агрессивно и несдержанно. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
4. На приеме пациент выглядит удрученным и деконцентрированным. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
5. На приеме родственник взрослого пациента настаивает на утаивании диагноза от пациента. Постройте тактику экологичного взаимодействия.

Тема 4. Психологическая профилактика вторичной травматизации врача при работе с онкологическими пациентами. (УК-4.3, УК-5.2)

Контрольные вопросы

1. Раскройте понятие вторичной травматизации.
2. Расскажите о профилактике вторичной травматизации в работе врача.
3. Перечислите основные методы профилактики вторичной травматизации специалиста онкологического стационара.
4. Перечислите основные методы саморегуляции эмоционального напряжения.
5. Опишите алгоритм саморегуляции эмоционального напряжения.
6. Как связаны вторичная травматизация и синдром эмоционального выгорания.
7. Расскажите о синдроме эмоционального выгорания.
8. Перечислите основные факторы формирования эмоционального выгорания.
9. Назовите основные проявления эмоционального выгорания.
10. Расскажите о профилактике синдрома эмоционального выгорания врача.

Ситуационные задачи

1. В ходе приема диагностируется отрицательная динамика заболевания. Сообщите пациенту об этом.
2. Состояние пациента ухудшилось. Родственник пациента обвиняет врача и угрожает жалобой. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
3. На приеме родственник терминального пациента неудержимо рыдает. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
4. На приеме пациент деконцентрирован, снова и снова переспрашивает о том, как ему жить. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
5. На приеме врач почувствовал острое раздражение на пациента. Сформулируйте ряд гипотез о причине раздражения. Постройте тактику экологичного взаимодействия.

Темы рефератов

1. Этапы развития онкопсихологии в мире.
2. Этапы развития онкопсихологии в России.
3. основополагающие принципы онкопсихологии.
4. Направления и подходы в онкопсихологии.
5. Основные методы и задачи онкопсихологии.
6. Психика и онкологическое заболевание. Взаимосвязь и взаимовлияние.
7. Эпидемиология онкологической заболеваемости.
8. Актуальная статистика детской онкологии.
9. Понятие «онкологическое заболевание». Виды, методы лечения, этапы течения болезни.
10. Селье. Теория стресса.
11. Онкологическое заболевание как экстремальная и кризисная ситуация.
12. Особенности восприятия заболевания онкологическими пациентами.
13. Адаптация человека в ситуации онкологического заболевания.
14. Влияние бытовых заблуждений на раннюю диагностику заболевания.
15. Онкологическое заболевание и психическое здоровье человека.
16. Кюблер-Росс. Этапы адаптации к горю утраты.
17. Личко. Типы отношения к болезни.
18. Мясищев. Личность как система отношений.
19. Гнездилов. Психология и психотерапия потерь.
20. Этика и деонтология в онкологии.
21. Особенности восприятия заболевания родственниками онкологических пациентов.
22. Противоречия переживаний родственников онкологических пациентов.
23. Индивидуальный стиль переживаний родственников онкологических пациентов.
24. Родственник онкологического пациента как идентифицированный пациент.
25. Цели и задачи врача при взаимодействии с родственником онкологического пациента.
26. Цели и задачи онкопсихолога при взаимодействии с родственником онкологического пациента.
27. Модель конструктивного взаимодействия врача при проявлениях реагирования по типу «родственник».
28. Модель конструктивного взаимодействия врача при проявлениях реагирования по типу «очевидец».
29. Модель конструктивного взаимодействия врача при проявлениях реагирования по типу «наблюдатель».
30. Особенности детско-родительского взаимодействия в ситуации онкологического заболевания.
31. Особенности взаимодействия с родственниками пациента на этапе диагностики.
32. Особенности взаимодействия с родственниками пациента на этапе лечения.
33. Особенности взаимодействия с родственниками пациента на этапе восстановления.
34. Особенности взаимодействия с родственниками пациента на этапе рецидива.
35. Особенности взаимодействия с родственниками пациента на этапе паллиативного лечения.
36. Управление конфликтом в практике врача.
37. Взаимодействие с трудным пациентом.
38. Индивидуальный стиль взаимодействия врача.
39. Этика в профессии врача.
40. Деонтология.
41. Вторичная психическая травма.
42. ПТСР.
43. Эмоциональное выгорание.
44. Маркеры вторичной травматизации врача.
45. Балинтовская группа.
46. Профессиональное выгорание специалистов и персонала в лечебных учреждениях онкологического профиля.

47. Специфика балинтовских сессий для специалистов в сфере онкологии
48. Почему я стал врачом.
49. Методы профилактики рисков вторичной травматизации врача.
50. Методы профилактики рисков эмоционального выгорания врача.

Тестовые задания с эталонами ответов

1. Онкопсихология – это:

- a) процесс целенаправленного воздействия воспитателя на сознание и поведение воспитанника
- b) управление процессом развития и социализации личности**
- c) процесс влияния на подрастающее поколение с целью передачи им культуры и опыта
- d) деятельность человека, направленная на саморазвитие

2. Функциями онкопсихологии являются:

- a) теоретическая, технологическая
- b) контрольная, оценочная
- c) практическая, нормативная**
- d) дидактическая; воспитательная

3. Предметом онкопсихологии является:

- a) онкологическое заболевание
- b) адаптация человека к ситуации онкологического заболевания**
- c) стресс как основной фактор формирования онкологического заболевания
- d) психологические аспекты лечения онкологического заболевания

4. Объектом онкопсихологии является:

- a) онкологическое заболевание
- b) адаптация человека к ситуации онкологического заболевания**
- c) стресс как основной фактор формирования онкологического заболевания
- d) психологические аспекты лечения онкологического заболевания

5. Первые исследования в области онкопсихологии в мире проводили:

- a) Пирогов
- b) Лурия
- c) Холланд**
- d) Киссейн

6. Первые исследования в области онкопсихологии в России проводили:

- a) Зырянова
- b) Шиповников
- c) Чулкова
- d) Зырянова, Шиповников, Чулкова**

7. Развитие онкопсихологии как науки определило:

- a) запрос на психологическую помощь в онкологии
- b) забота родственников о пациентах
- c) требование пациентов
- d) прогресс медицины**

8. Теорию стресса сформулировал:

- a) Фрейд
- b) Селье**
- c) Олпорт

d) Ганнушкин

9. Задачами онкопсихологии являются:

- a) глубинное исследование личности пациента
- b) научение пациента правильному реагированию на болезнь
- c) **коррекция эмоционального напряжения человека в ситуации болезни**
- d) профилактика стресса

10. Онкопсихология как наука

- a) сформировалась в Древней Греции в трудах Аристотеля
- b) сформировалась в XX веке после появления работ Лурии
- c) **находится на этапе формирования**
- d) сформировалась в XIX веке после работ Фрейда

11. Ведущими факторами влияния на восприятие болезни в онкопсихологии считаются

- a) **особенности личности человека**
- b) развитие медицины
- c) течение болезни
- d) настрой на борьбу с болезнью

12. Виды онкологического заболевания выделяются на основании:

- a) **типов опухолевых клеток из которых развивается ЗНО**
- b) локализации опухолевого процесса
- c) степени злокачественности новообразования
- d) распространенности опухолевого процесса на соседние органы или структуры

13. Онкологическое заболевание это:

- a) форма психосоматической реакции в ответ на пролонгированные стрессовые события в жизни пациента (развод, переезд, утрата близкого);
- b) **системное, многофакторное заболевание, характеризующееся бесконтрольным ростом атипичных клеток**
- c) результат снижения функции иммунной системы
- d) результат неправильного образа жизни пациента

14. Локализация злокачественной опухоли зависит от:

- a) ведущего психосоматического радикала в структуре психического реагирования пациента
- b) **степени уязвимости органа или системы органов, генетических предпосылок**
- c) локализация всегда случайна и не имеет связи с какими-либо факторами
- d) обиды на значимое лицо

15. Мишенями воздействия онкопсихолога в стационаре являются:

- a) коррекция ситуативных острых психических реакций
- b) адаптация пациента к новым условиям жизнедеятельности
- c) коммуникация пациента с врачом, близкими
- d) **коррекция ситуативных острых психических реакций; адаптация пациента к новым условиям жизнедеятельности; коммуникация пациента с врачом, близкими**

16. Ведущей технологией в работе онкопсихолога стационара является:

- a) **психологическая коррекция**
- b) суггестивные методы
- c) психологическая поддержка
- d) информирование пациента

17. Личностные особенности пациента влияют на:

- a) эффективность лечения
- b) качество жизни и степень адаптации к ситуации болезни и заболевания**
- c) возникновение и течение заболевания
- d) длительность ремиссии

18. Болезнь ребенка это:

- a) трудная жизненная ситуация
- b) стрессовая ситуация
- c) ситуация психической травмы
- d) трудная жизненная ситуация; стрессовая ситуация; ситуация психической травмы**

19. Метод коррекционного воздействия в онкопсихологии – это:

- a) способ стимулирования принятий решения путем предъявления эталона
- b) правильный для определенного заболевания способ отношения к болезни
- c) способ воздействия на сознание, волю и чувства онкологического пациента с целью адаптации к ситуации заболевания**
- d) внушение мыслей, обеспечивающих излечение

20. К основным методологическим подходам онкопсихологии НЕ относится:

- i) экзистенциальный
- j) глубинный**
- k) когнитивно-поведенческий
- l) психодинамический

21. К основным методам психологической диагностики эмоционального состояния онкологических пациентов не относится:

- a) клинико-психологическая беседа
- b) наблюдение за психическими и поведенческими реакциями пациента
- c) психодиагностическое обследование
- d) нейропсихологическое обследование**

22. К задачам взаимодействия врача с онкопсихологом не относится:

- a) маршрутизация пациента в случае подозрения на сильное эмоциональное напряжение
- b) запрос оценки эмоционального состояния пациента
- c) запрос построения оптимальной коммуникации с пациентом
- d) контроль действий онкопсихолога**

23. Основной метод врачебной диагностики эмоционального состояния онкологических пациентов:

- a) клинико-психологическая беседа
- b) наблюдение за психическими и поведенческими реакциями пациента**
- c) психодиагностическое обследование
- d) нейропсихологическое обследование

24. Ситуация онкологического заболевания не относится к таким ситуациям как:

- a) кризисная ситуация
- b) экстремальная ситуация
- c) ситуация повышенного риска психической травмы
- d) чрезвычайная ситуация**

25. К основным задачам психологического консультирования в онкологии не относится:

- a) прояснение проблемы, с которой столкнулся пациент
- b) информирование пациента о сути возникшей у него проблемы, о реальной степени ее серьезности
- c) изучение онкопсихологом личности пациента, его потенциальных способностей, возможностей с целью выяснения того, сможет ли пациент самостоятельно справиться с возникшей у него проблемой
- d) проведение патопсихологического обследования**

26. При тяжелом соматическом состоянии онкологического пациента, онкопсихолог обязан проводить с данным больным процедуру:

- a) психотерапии
- b) психологического консультирования
- c) арт-терапии
- d) динамического наблюдения**

27. Кризисная ситуация - это:

- a) внешнее давление обстоятельств на человека
- b) внутренний переломный процесс**
- c) процесс принятия решений
- d) чрезвычайная ситуация

28. Экстремальная ситуация - это:

- a) внешнее давление обстоятельств на человека**
- b) внутренний переломный процесс
- c) процесс принятия решений
- d) чрезвычайная ситуация

29. Онкологическое заболевание воспринимается пациентом как:

- a) Внешнее давление обстоятельств на человека
- b) Внутренний переломный процесс
- c) Ситуация дистресса
- d) Внешнее давление обстоятельств на человека; Внутренний переломный процесс; Ситуация дистресса**

30. Онкологические заболевания условно можно разделить на:

- a) 2 формы
- b) 4 формы**
- c) 5 форм
- d) 7 форм

31. Сколько степеней тяжести принято разделять в онкологии:

- a) 2
- b) 4**
- c) 5
- d) 7

32. Сколько этапов у онкологического заболевания:

- a) 2
- b) 4
- c) 5
- d) 7**

33. Сколько этапов адаптации к онкологическому заболеванию:

- a) 2

- b) 4
- c) 5**
- d) 7

34. Теорию адаптации к горю утраты сформулировал:

- a) Фрейд
- b) Кюблер-Росс**
- c) Селье
- d) Мясищев

35. Отношение к болезни не является:

- a) новым отношением в системе отношений индивида
- b) индуктором изменений системы отношений
- c) субъективным восприятием болезни
- d) объективной оценкой заболевания**

36. Теорию «Личность как система отношений» сформулировал:

- a) Фрейд
- b) Кюблер-Росс
- c) Селье
- d) Мясищев**

37. Отношение к болезни не влияет на:

- a) течение болезни
- b) прогноз выздоровления пациента
- c) выживаемость пациента
- d) качество жизни пациента**

38. Теорию отношения к болезни сформулировал:

- a) Мясищев
- b) Кюблер-Росс
- c) Селье
- d) Личко**

39. К типу отношения к болезни не относится:

- a) эргопатическое
- b) ответственное**
- c) сензитивное
- d) ипохондрическое

40. Качество жизни не является:

- a) состоянием, испытываемым индивидом
- b) субъективным удовлетворением индивида
- c) состоянием, выражаемым индивидом
- d) объективной оценкой течения заболевания**

41. Качество жизни не включает в себя следующие параметры личности:

- a) физические
- b) психические
- c) духовные
- d) культуральные**

42. Решающее значение на восприятие ситуации болезни оказывают:

- a) личностные особенности индивида**

- b) тяжесть болезни
- c) психологическая поддержка
- d) информирование пациента

43. Для онкологического заболевания не характерны:

- a) витальная угроза
- b) высокий уровень неопределенности
- c) агрессивные методы лечения
- d) гарантии выздоровления**

44. К компонентам отношения к болезни не относится:

- a) эмоциональный
- b) мотивационный
- c) когнитивный
- d) стресс**

45. Ядром переживания онкологического пациента является:

- a) желание вылечиться
- b) беспокойство за близких
- c) потребность в одобрении
- d) страх смерти**

46. Сколько сформулировано фаз динамики психического состояния:

- a) 2
- b) 3**
- c) 4
- d) 5

47. К реактивным психическим состояниям онкологических пациентов относятся:

- a) аффективные реакции, связанные с постановкой диагноза, ухудшением физического состояния, прогрессированием заболевания**
- b) озабоченность своим физическим состоянием, фиксированность на соматических симптомах, поиск и отслеживание дискомфорта со стороны различных систем органов
- c) аффективные реакции безразличия к происходящим событиям в жизни, физическому состоянию, ходу лечения длительность более 6 месяцев
- d) реакции избегания травмирующих лечебных процедур, отказ от диагностических обследований, пренебрежение рекомендациями лечащего врача.

48. В синдром деморализации не включены переживания:

- a) беспомощности
- b) бессмысленности
- c) желания умереть
- d) вины**

49. Направленная психологическая помощь онкологическому пациенту заключается в:

- a) исследовании анамнеза жизни пациента
- b) инициации осознания вытесняемых переживаний пациента**
- c) психодиагностическом обследовании пациента
- d) нейропсихологическом обследовании пациента

50. Ситуация онкологического заболевания не актуализирует переживания:

- a) одиночества
- b) конечности жизни
- c) смысла жизни

d) беспокойства за судьбы мира

51. Снижение эмоционального напряжения не отражается на уровне:

- a) когнитивном
- b) мотивационном
- c) адаптации к ситуации болезни
- d) культуральном**

52. Онкологическое заболевание для родственника пациента – это ситуация:

- a) кризисная
- b) экстремальная**
- c) непереносимая
- d) чрезвычайная

53. К окружению онкологического пациента не относятся:

- a) семья пациента
- b) коллеги пациента по работе
- c) сотрудники профильных медицинских учреждений
- d) сотрудники комитетов здравоохранения**

54. Онкологическое заболевание не воспринимается родственником пациента как угроза:

- a) семейному укладу
- b) внутрисемейному гомеостазу
- c) утраты
- d) стигматизации семьи**

55. Родственники онкологического пациента не переживают:

- a) страх разорения
- b) страх утраты
- c) страх смерти
- d) беспокойство за судьбы мира**

56. Сколько этапов адаптация к ситуации онкологического заболевания у родственников пациентов:

- a) 2
- b) 4
- c) 5**
- d) 7

57. Адаптация к ситуации онкологического заболевания у родственников пациентов носит характер:

- a) линейный
- b) гипертрофированный
- c) скачкообразный
- d) диффузный**

58. К основным задачам в психологическом консультировании родственников онкологических пациентов не относятся:

- a) помощь членам семьи в обсуждении тяжелого заболевания
- b) помощь членам семьи в обсуждении тягостных изменений, обусловленных болезнью
- c) помощь членам семьи в обсуждении смерти и умирания
- d) воспитание членов семьи**

59. Основой психологического консультирования родственников онкологических пациентов является:

- a) семейное консультирование
- b) консультирование пары
- c) воспитание семьи
- d) экспресс-консультирование в ситуации кризиса**

60. Родственники онкологических пациентов должны:

- a) полностью посвятить себя пациенту
- b) обеспечить пациенту излечение болезни
- c) перераспределить ресурсы семьи в пользу пациента
- d) действовать по велению сердца**

61. Родители детей-онкологических пациентов должны:

- a) полностью подчинить себя болезни ребенка
- b) полностью подчинить семью болезни ребенка
- c) полностью подчинить врачей выживанию своего ребенка
- d) проявлять заботу о своем психофизическом состоянии**

62. Восприятие родственниками пациентов изменений в связи с заболеванием в зависимости от этапа течения заболевания:

- a) не меняются
- b) меняются в зависимости от вида получаемого лечения
- c) меняются в зависимости от этапа лечения
- d) меняются в зависимости от динамики внутрисемейного взаимодействия**

63. К нормальным психическим реакциям родственников онкологических пациентов не относятся:

- a) аффективные реакции, связанные с постановкой диагноза, ухудшением физического состояния, прогрессированием заболевания значимого человека
- b) озабоченность своим физическим состоянием, фиксированность на соматических симптомах, поиск и отслеживание дискомфорта со стороны различных систем органов
- c) аффективные реакции безразличия к происходящим событиям в жизни, физическому состоянию, ходу лечения пациента
- d) аффективные реакции, связанные с происходящим в мире**

64. К основным принципам психологической реабилитации человека в ситуации онкологического заболевания не относятся:

- a) раннее начало реабилитационных мероприятий
- b) реабилитационные мероприятия индивидуализированы и направлены на устранение нарушений психического функционирования человека
- c) личная заинтересованность человека в реабилитационных мероприятиях
- d) личная заинтересованность специалиста**

65. Доминирующее вытесняемое чувство родственника онкологического пациента это:

- a) гнев
- b) жалость
- c) близость
- d) вина**

66. Депрессивные состояния не включают чувство:

- a) беспомощности
- b) безнадежности
- c) вины
- d) гнева**

67. Бессознательное чувство вины на поведенческом уровне может проявляться:

- a) подавленностью
- b) аффектом
- c) агрессией
- d) подавленностью; аффектом; агрессией**

68. Преодолеть реактивное депрессивное состояние помогает:

- a) наставительная позиция
- b) игнорирующая позиция
- c) сочувствующая позиция
- d) нейтральная принимающая позиция**

69. В функции коммуникации врача с родственником пациента не входит:

- a) воспитательная**
- b) просветительская
- c) информационная
- d) поддерживающая

70. Ведущим фактором, влияющим на психическую адаптацию человека в ситуации онкологического заболевания, не является:

- a) тип отношения к болезни
- b) тип совладающего поведения и копинг стратегии
- c) принятие реальности ситуации заболевания
- d) этап заболевания**

71. К патологическим психическим реакциям человека в ситуации онкологического заболевания не относятся:

- a) психические реакции длительностью от 3-6 месяцев
- b) психические реакции, приводящие к социальной и психической дезадаптации
- c) психические реакции, укладывающиеся в клиническую симптоматику психических расстройств
- d) реактивные психические состояния**

72. Тип реагирования «родственник» характеризуется:

- a) подлинной близостью с пациентом**
- b) вовлеченностью в ситуацию болезни с локусом беспокойства «за себя»
- c) эмоциональной дистантностью относительно пациента
- d) изоляцией пациента

73. Тип реагирования «очевидец» характеризуется:

- a) подлинной близостью с пациентом
- b) вовлеченностью в ситуацию болезни с локусом беспокойства «за себя»**
- c) эмоциональной дистантностью относительно пациента
- d) изоляцией пациента

74. Тип реагирования «наблюдатель» характеризуется:

- a) подлинной близостью с пациентом
- b) вовлеченностью в ситуацию болезни с локусом беспокойства «за себя»
- c) эмоциональной дистантностью относительно пациента**
- d) изоляцией пациента

75. При психологическом консультировании родственник пациента рассматривается как:

- a) пациент

- b) гарант удобства пациента
- c) гарант эмоциональной стабильности пациента
- d) идентифицированный пациент**

76. Вторичная травматизация не является:

- a) влияние рассказов жертв чрезвычайных ситуаций на психику психолога
- b) влияние чувств пациентов в ситуации болезни на психику врача
- c) индуцирование специалиста сверхсильным эмоциональным напряжением клиента
- d) исключительным событием в практике специалиста**

77. Вторичная травматизация характеризуется:

- a) скрытым накапливанием эмоционального напряжения
- b) внезапностью возникновения сильного эмоционального напряжения**
- c) устойчивым умеренным фоновым эмоциональным напряжением
- d) сверхсильным воздействием протогониста

78. Вторичная травматизацию:

- a) следует избегать
- b) невозможно избежать**
- c) стыдно признавать
- d) нельзя профилактировать

79. Вторичная травматизация не характерна для профессии:

- a) сотрудника МЧС
- b) психолога
- c) врача
- d) бухгалтера**

80. Вторичная травматизация и эмоциональное выгорание:

- a) разные названия одного и того же явления
- b) взаимосвязанные явления**
- c) взаимоисключающие явления
- d) схожие явления

81. Эмоциональное выгорание не является:

- a) индуцирование специалиста сверхсильным эмоциональным напряжением клиента
- b) неадаптивная реакция на стресс
- c) результат фрустрации врача
- d) исключительным событием в практике специалиста**

82. Эмоциональное выгорание характеризуется:

- a) скрытым накапливанием эмоционального напряжения**
- b) внезапностью возникновения сильного эмоционального напряжения
- c) устойчивым умеренным фоновым эмоциональным напряжением
- d) сверхсильным воздействием протогониста

83. Эмоциональное выгорание:

- a) следует избегать
- b) невозможно избежать**
- c) стыдно признавать
- d) нельзя профилактировать

84. Эмоциональное выгорание характерно для профессии:

- a) психолога
- b) врача
- c) бухгалтера
- d) специалиста в сфере коммуникации**

85. К уровням профилактики эмоционального выгорания не относится

- a) личностный
- b) профессиональный
- c) организационный
- d) культуральный**

86. К основным подходам в профилактике эмоционального выгорания не относятся:

- a) снижение уровня стресса
- b) осознание смысла работы
- c) осознание смысла жизни
- d) фармакологический**

87. Эффективная коммуникация не является:

- a) фактором профилактики эмоционального выгорания
- b) признаком профессионализма
- c) признаком личностной зрелости человека
- d) признаком манипулятивности личности**

88. Эффективная коммуникация не включает в себя:

- a) осознание специалистом собственных мотивов
- b) реалистичность ожиданий специалиста
- c) понимание специалистом особенностей целевой группы
- d) склонность к манипулятивности**

89. Основные способы саморегуляции эмоционального напряжения не включают в себя:

- a) изменение тонуса скелетных мышц
- b) активное включение представлений и чувственных образов
- c) использование программирующей и регулирующей роли слова
- d) фармакотерапию**

90. Эмоциональное состояние, возникающее в ситуациях неопределенной угрозы, называется:

- a) астения
- b) депрессия
- c) тревога**
- d) стресс

91. К личностным факторам риска профессионального выгорания относят:

- a) слабый тип нервной системы
- b) устойчивую стрессирующую нагрузку**
- c) генетическая предрасположенность
- d) анамнез жизни специалиста

92. К методам профилактики синдрома эмоционального выгорания не относятся:

- a) улучшение навыков профессиональной коммуникации
- b) формирование паттерналистической тенденции**
- c) формирование антипаттерналистической тенденции
- d) освоение навыков саморегуляции

93. Эффективная коммуникация с ребенком дошкольного возраста подразумевает:

- a) сдержанное общение
- b) игровое общение**
- c) общение через представителя ребенка
- d) подчеркнуто добродушное общение

94. Трудная информация не должна сообщаться пациенту:

- a) просто и четко
- b) нейтрально
- c) дозированно тепло
- d) на бегу**

95. Взаимодействие с пациентом в состоянии дистресса не должно быть:

- a) уважительным
- b) дозированно теплым
- c) простым и доступным
- d) отстраненным**

96. Профессиональная позиция врача паллиативной медицины не включает:

- a) принятие неизбежности физической смерти
- b) принятие нормативности реакций горя
- c) толерантность к любым религиозным направлениям
- d) ощущение сверхзначимости жизни**

97. Профессиональная позиция врача, сообщающего об отрицательной динамике заболевания не включает в себя:

- a) уважение к пациенту
- b) доверие адаптивным ресурсам пациента
- c) уверенность в положительных аспектах информирования
- d) обесценивание реакции горя пациента**

98. Трудную информацию врач не должен сопровождать фразой:

- a) Все будет хорошо
- b) Вы не должны расстраиваться
- c) Позитивный настрой – залог здоровья
- d) Что Вам сейчас важно уточнить или обсудить?**

99. Основные факторы, влияющие на эмоциональное благополучие и профессиональное долголетие специалиста в сфере онкологии:

- a) регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность;
- b) самореализация и профессиональный рост;
- c) периодическое участие в Балинтовских сессиях
- d) регулярный отпуск, высокооплачиваемая работа, юридическая защищенность; самореализация и профессиональный рост; периодическое участие в Балинтовских сессиях**

100. Балинтовская сессия не является:

- a) эффективным методом профилактики профессионального выгорания врача
- b) эффективным методом осознания вторичной травматизации врача
- c) методом, включающий в себя элементы развития коммуникативных навыков врача
- d) основным методом коррекции невротического состояния**

ПРАВИЛЬНЫЕ ОТВЕТЫ на тестовые задания

№	Верный		№	Верный		№	Верный
---	--------	--	---	--------	--	---	--------

	OTBET			OTBET			OTBET
1	b		35	d		69	a
2	c		36	d		70	d
3	b		37	d		71	d
4	b		38	d		72	a
5	c		39	b		73	b
6	d		40	d		74	c
7	d		41	d		75	d
8	b		42	a		76	d
9	c		43	d		77	b
10	c		44	d		78	b
11	a		45	d		79	d
12	a		46	b		80	b
13	b		47	a		81	d
14	b		48	d		82	a
15	d		49	b		83	b
16	a		50	d		84	d
17	b		51	d		85	d
18	d		52	b		86	d
19	c		53	d		87	d
20	b		54	d		88	d
21	d		55	d		89	d
22	d		56	c		90	c
23	b		57	d		91	b
24	d		58	d		92	b
25	d		59	d		93	b
26	d		60	d		94	d
27	b		61	d		95	d
28	a		62	d		96	d
29	d		63	d		97	d
30	b		64	d		98	d
31	b		65	d		99	d
32	d		66	d		100	d
33	c		67	d			
34	b		68	d			

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Основы онкопсихологии»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция - в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно

излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;
- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.
- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;
- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);
- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловые вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемым, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и

исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь со смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию, формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как

теоретика и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы».

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность «среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать ряд особенных, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую

характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять, на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также

случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции, следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общезакономерность и на ее основе подлежат анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разного рода тезисными записями и

планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучаемых.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

— рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;

— методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

- Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

— заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;

— досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;

— самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, самостоятельности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой

обучающимся к данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общих и профессиональных компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

– репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

– активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

– интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

– разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

– максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

– использование бланков документов, инструктивных материалов;

– наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

- чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);
- составление плана текста;
- графическое изображение структуры текста;
- составление электронной презентации;
- конспектирование текста;
- подготовка выписок из текста;
- работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;
- научно-исследовательская работа;
- использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

- работа с конспектом лекций;
- работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);
- составление плана и тезисов ответа;
- составление таблиц для систематизации учебного материала;
- изучение нормативных материалов;
- ответы на контрольные вопросы;
- аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);
- заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;
- подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;
- подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;
- составление резюме;
- написание истории болезни;
- составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

- решение задач и упражнений по образцу;
- решение вариативных задач и упражнений;
- отработка манипуляций;
- выполнение расчетно-графических работ;
- решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;

- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовки каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

3. Составление конспектов

Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

– плановый. При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.

– тематический конспект, является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.

– текстуальный конспект, представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.

– свободный конспект, включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;

2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;

3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;

4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

– композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;

– отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;

– язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;

– аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.

2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата (читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, познакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

1) по полноте изложения:

- информативные (рефераты-конспекты);
- индикативные (рефераты-резюме);

2) по количеству реферируемых источников:

- монографические;
- обзорные;

3) по читательскому назначению:

- общие;
- ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;
- специализированные;
- ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.
2. Содержание.
3. Введение.
4. Основная часть.
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, курация больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начало до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;
- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздкие, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишённого эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределённо-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылкам на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объём заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объём работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объём могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объём не включаются.*

Цвет шрифта – чёрный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, чёрного цвета, одинаковым по всему объёму текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нем не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела, разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела, 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается**:

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак «∅» для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например > (больше), < (меньше), = (равно), ≤ (меньше или равно), ≥ (больше или равно), ≠ (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставиться неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не умещается в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;
- перед скобками и после них: (a+b)(d+c);

Косой крест (x) в качестве знака умножения ставиться:

- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1). Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзацного отступа.

Например:

$$W=wgkc, \quad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;

k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;

c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;

– цитирование должно быть полным, без искажения смысла;

– пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

- Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);
- указы Президента РФ (в той же последовательности);
- постановления Правительства РФ (в той же очередности);
- иные нормативные правовые акты;
- иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);
- монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);
- иностранная литература;
- интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с

новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

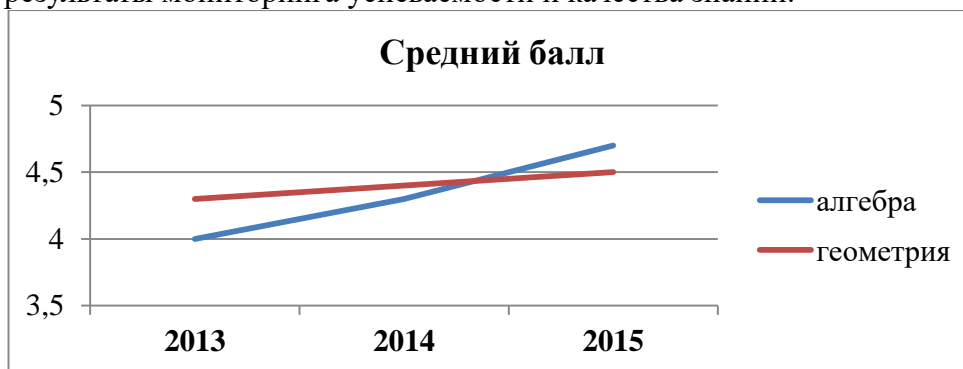


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеоларную группы пучков волокон (Рис. 5).

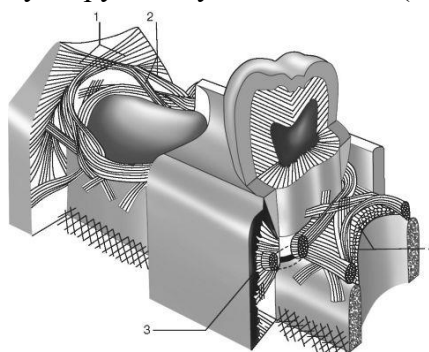


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По практике	КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование направленности)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1, 2
Форма промежуточной аттестации	зачет с оценкой/зачет с оценкой/зачет с оценкой/зачет с оценкой
Общая трудоемкость практики	2376 час./ 66 зач.ед.

Рабочая программа практики «Клиническая практика» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 99 от 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Петрова Наталья Николаевна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Соловьева Анна Михайловна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа «Клиническая практика» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Рабочая программа практики «Клиническая практика» рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023

Пояснительная записка к рабочей программе практики

Рабочая программа практики «Клиническая практика» разработана в соответствии с в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология, с учётом профессионального стандарта и трудовыми функциями, сферами и видами будущей профессиональной деятельности врача-оториноларинголога (профессиональный стандарт «Врач-оториноларинголог», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 4 августа 2017г., № 612н).

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

Цель освоения практики: закрепление теоретических знаний по оториноларингологии, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения в ординатуре, формирование профессиональных компетенций врача-оториноларинголога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач медицинского, организационно- управленческого, педагогического и научно-исследовательского типов.

Задачи освоения практики:

1. Закрепление фундаментальных медицинских знаний в области оказания специализированной помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа.
2. Формирование клинического мышления, совершенствование навыков в проведении диагностики, лечения, профилактики, медицинской реабилитации и участия в проведении медицинской экспертизы в отношении пациентов с заболеваниями и (или) патологическими состояниями уха, горла, носа.
3. Закрепление знаний и приобретение навыков консервативного и хирургического лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа; освоение методов хирургического лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа, показаниях и противопоказаниях к хирургическому лечению, а также умений и навыков выполнения отдельных этапов или хирургических вмешательств.
4. Совершенствование навыков оказания медицинской помощи пациентам при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа.
5. Совершенствование навыков ведения медицинской документации и организации деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
6. Совершенствование навыков в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства.

Тип практики – «Клиническая практика»

Способ проведения - стационарный или выездной.

Форма проведения - дискретная, путем чередования в календарном учебном графике периодов учебного времени для проведения практик с периодами учебного времени для проведения теоретических занятий.

2. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Клиническая практика является обязательной частью образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология, видом учебной деятельности, направленной на получение навыка профессиональной деятельности, формирование, закрепление и развитие практических умений и компетенций, обучающихся в процессе выполнения определенных видов работ, связанных с будущей

профессиональной деятельностью, и ориентированной на их профессионально-практическую подготовку.

Клиническая практика относится к Блоку 2 «Практика», обязательная часть и проводится на 1 и 2 году обучения. Содержание производственной практики соответствует требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.58 Оториноларингология с учётом профессионального стандарта «Врач-оториноларингологии».

Базы для проведения клинической практики:

1. ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации;
2. Другие целевые места проведения практической подготовки обучающихся, согласно оформленным договорам в городах России.

«Клиническая практика» осваивается в соответствии с учебным планом и календарным учебным графиком.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

В результате освоения программы практики у обучающегося формируются следующие компетенции, установленные программой ординатуры.

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Профессиональные источники информации: учебную и научную литературу, нормативно-правовые документы и интернет ресурсы, необходимые в рамках специальности. Возрастные особенности, норму и патологию. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Пользоваться профессиональными источниками информации. – Анализировать полученную информацию в целях самообразования и постоянного повышения профессиональной квалификации, а также при подготовке к публичному представлению материала. – Определять качество научных публикаций с позиций доказательной медицины. 	Для текущего контроля: ТЗ,СЗ Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ
		УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.		
		УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализ а достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.		
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	УК-3.1. Разбирается в принципах организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Особенности планирования командной работы в медицинском коллективе. – Особенности коллективного взаимодействия в медицинском учреждении. – Как проявить лидерские качества в процессах управления командным взаимодействием. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Формировать план командной работы медицинского коллектива. – Формировать командную работу среди медицинского персонала в учреждении. – Продемонстрировать возможности управления командой медицинского персонала. 	Для текущего контроля: ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: ПН, СЗ
		УК-3.2. Способен мотивировать и оценивать вклад каждого члена команды в результате коллективной деятельности , организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды.		
		УК-3.3. Использует знания основ конфликтологии при разрешении конфликтов внутри команды и разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон		

Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Знает: <ul style="list-style-type: none"> – Современные аспекты медицинской этики и деонтологии. – Социокультурные (культурные) различия в коммуникации. – Стили официальных и неофициальных писем, виды корреспонденций. – Особенности и правила публичного выступления – . Основные понятия этики делового общения, способы аргументации в деловых коммуникациях Умеет: <ul style="list-style-type: none"> – Профессионально общаться с коллегами, пациентами и их родственниками. – Вести документацию, деловую переписку с учетом особенностей стиля официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции. – Обосновывать свою позицию с целью последующего ее понимания и принятия другим человеком. 	<p>Для текущего контроля: ТЗ,СЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, СЗ</p>
		УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива		
		УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.		

**Оценочные средства: ПН-практические навыки.*

Общепрофессиональные компетенции – Организационно-управленческая деятельность

Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства, проверяющие результаты обучения*
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни	Знает: <ul style="list-style-type: none"> - Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан - Показатели и критерии качества оказания медицинской помощи - Виды основных медико- статистических показателей Умеет: <ul style="list-style-type: none"> - Организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан. - Отбирать, систематизировать и использовать медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи - Делать выводы, оформлять отчетную документацию и представлять результаты оценки качества оказания медицинской помощи 	<p>Для текущего контроля: ТЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ</p>
	ОПК-2.2. Способен планировать организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья.		
	ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.		

**Оценочные средства: ПН-практические навыки, ТЗ- тестовые задания*

Общепрофессиональные компетенции - Медицинская деятельность

Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и проводит осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - этиопатогенез, патоморфологию, классификацию заболеваний ЛОР органов; - патологические состояния, симптомы, синдромы, - дифференциальную диагностику, - особенности течения, осложнения и исходы заболеваний; - порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, - Международную классификацию болезней (МКБ); - основные методы лабораторных и инструментальных обследований, показания к их назначению, - правила интерпретации полученных результатов. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни; - проводить осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - составлять план обследования пациента и интерпретирует полученные результаты; - устанавливать причинно-следственную связь между воздействием каких-либо факторов и состоянием здоровья; - определять клиническую картину основных заболеваний; - пользоваться МКБ для постановки диагноза; - применять лабораторные и инструментальные методы исследований и интерпретировать полученные результаты; - оценивать результаты выполненных исследований, в том числе вспомогательных (лучевых, функциональных, лабораторных) <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками клинического осмотра и основ пропедевтики заболеваний; - методами дифференциальной диагностики при постановке диагноза; - навыками установления диагноза с учетом действующей МКБ; - правилами интерпретации полученных результатов при лабораторном и инструментальном обследовании пациентов; - навыками обеспечения безопасности диагностических манипуляций. 	<p>Для текущего контроля: ТЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ</p>
	ОПК-4.2. Знает этиопатогенез, патоморфологию, классификацию, патологические состояния, симптомы, синдромы, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояний и формулирует диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)		
	ОПК-4.3. Составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациентов и направляет пациентов на инструментальное и (или) лабораторное обследование, и (или) на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
	ОПК-5.1. Разрабатывает план лечения и	Знает:	

<p>ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<p>назначает лекарственные препараты медицинские изделия, лечебное питание и (или) немедикаментозное лечение; проводит мониторинг течения заболевания и корректирует лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<ul style="list-style-type: none"> - показания и противопоказания к назначению медикаментозных, немедикаментозных, хирургических методов лечения; - механизмы действия лекарственных препаратов и проблемы совместимости лекарственных средств; - побочные действия и осложнения диагностических и лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов, хирургических вмешательств; - методы обезболивания, требования асептики и антисептики - принципы и методы оказания первичной, специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи. 	
	<p>ОПК-5.2. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения.</p>	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разрабатывать обоснованный комплексный план лечения с учетом возраста и пола, особенностей клинической картины заболевания: назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание; 	
	<p>ОПК-5.3. Рекомендует профилактические мероприятия или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств</p>	<ul style="list-style-type: none"> - анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий и оценивать эффективность и безопасность их применения; - определять медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций; - разрабатывать план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляциям; - выполнять медицинские вмешательства, отдельные этапы и хирургические вмешательства при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; - оценить эффективность проводимого лечения; - корректировать назначенное лечение, предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципами применения клинических рекомендаций, протоколов и современных методов лечения заболеваний; - методами оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при лечении пациентов 	
<p>ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской</p>	<p>ОПК-6.1. Составляет план мероприятий медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы медицинской реабилитации, механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм; - методы медицинской реабилитации; 	<p>Для текущего контроля: ПН, СЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации:</p>

реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи	<ul style="list-style-type: none"> - медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; - критерии оценки качества реабилитационного процесса - медицинские показания для назначения и проведения санаторно-курортного лечения. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации; - разрабатывать план реабилитационных мероприятий; - применять различные формы и методы реабилитации пациентов; - определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения; - оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками проведения мероприятий по медицинской реабилитации; - навыками оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации. 	ПН, ТЗ,СЗ
	<p>ОПК-6.2. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов, контролирует их эффективность и безопасность в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов</p> <p>ОПК-6.3. Направляет пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>		
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ОПК-7.1. Проводит отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров и выносит медицинские заключения по их результатам	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок выдачи листков нетрудоспособности; - порядки проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров; - медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров и выносить медицинские заключения по их результатам; - определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции слуха; - выдавать листка нетрудоспособности; - при необходимости направить пациентов на медико-социальную экспертизу. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками определения признаков временной и стойкой нетрудоспособности и проведения экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности, включая оценку состояния пациента, функциональных нарушений, прогноза и трудоспособности; 	
	ОПК-7.2. Определяет признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции слуха, проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов в том числе в составе врачебной комиссии медицинской организации, выдает листки нетрудоспособности		
	ОПК-7.3. Подготавливает необходимую медицинскую документацию для экспертизы пациентов и направляет пациентов для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных центрах.		

		<ul style="list-style-type: none"> - навыками направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности для прохождения медико-социальной экспертизы - навыками формулировки медицинских заключений по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров 	
<p>ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>ОПК-8.1. Пропагандирует здоровый образ жизни, профилактику заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа, осуществляет санитарно-просветительную работу, разрабатывает и реализовывает программы формирования здорового образа жизни.</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов; - принципы диспансерного наблюдения; - формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ; - основы здорового образа жизни, методы его формирования; - вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике заболеваний; - разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ; - проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии; - определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней; - проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции; - назначать профилактические мероприятия пациентам. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками формирования программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ; - навыками назначения профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, контролирует их соблюдение. 	<p>Для текущего контроля: ТЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ</p>
	<p>ОПК-8.2. Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию с целью раннего выявления заболеваний и основных факторов риска, диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями</p>		
	<p>ОПК-8.3. Назначает профилактические мероприятия пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартом медицинской помощи и контролирует их соблюдение.</p>		

		<p>учетом стандартом медицинской помощи</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками контроля соблюдения профилактических мероприятий; - навыками определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней - навыками оформления и направления в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания; - навыками проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний; - навыками оценки эффективности профилактической работы с пациентами. 	
<p>ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>ОПК-9.1. Составляет план работы и отчет о своей работе.</p> <p>ОПК-9.2. Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, анализирует медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения</p> <p>ОПК-9.3. Организовывает деятельность и контролирует выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правила оформления медицинской документации, в том числе в электронном виде; - правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; - методику проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, смертности; - принципы организации деятельности и должностные обязанности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять план работы и отчет о своей работе; - вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; - анализировать медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности; - использовать в работе информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»; - осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками использования медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; - навыками использования в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну; - навыками организации деятельности и управления командой подчиненных; - навыками контроля выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала 	<p>ПН Для текущего контроля: ПН, СЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ,СЗ</p>

		- методами обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности.	
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояния, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.	Знает: - методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); - клинические признаки состояний, представляющих угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания); - методы оказания первой помощи при неотложных состояниях, направленные на поддержание жизненно важных функций организма человека. Умеет: - диагностировать состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти; - оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни; - осуществлять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации. Владеет: - навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания); - навыками оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентам, в том числе клинической смерти.	Для текущего контроля: ПН Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ
	ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), применяет лекарственные препараты и медицинские изделия.		
	ОПК-10.3. Выполняет мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации		

Профессиональные компетенции Организационно-управленческая деятельность

Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания) (описывают составители программы)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПК-3.1. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях.	Знает: нормативные правовые акты, регулирующие работу структурных подразделений медицинской организации. - принципы организации труда- порядок ведения учетно-отчетной документации Умеет: использовать формы и методы работы, направленные на повышение качества медицинской помощи населению обеспечить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности	Для текущего контроля: ПН Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ
	ПК-3.2. Способен организовывать работу структурных подразделений медицинской организации.		
	ПК-3.3. Способен применять требования нормативных правовых актов в области менеджмента медицинской помощи в профессиональной деятельности.		

Тип задач профессиональной деятельности: Медицинская деятельность

Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания) (описывают составители программы)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза.	ПК-4.1. Интерпретирует и анализирует информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	Знает: <ul style="list-style-type: none"> – Общие вопросы организации медицинской помощи населению – Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний – Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа – Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа – Закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах – Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Методика осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Методы лабораторных и инструментальных исследований для диагностики заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации результатов – Анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа у пациентов в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях – Этиология, патогенез и патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) патологических состояний уха, горла, носа 	<p>Для текущего контроля: ПН</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ</p>
		ПК-4.2. Оценивает анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа; применяет методы исследования при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
		ПК-4.3. Интерпретирует и анализирует результаты инструментального и (или) лабораторного обследования, и (или) анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа		
		ПК-4.4. Способен применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам		

		оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций	<ul style="list-style-type: none"> – Изменения уха, горла, носа у пациентов при иных заболеваниях – Профессиональные заболевания и (или) состояния уха, горла, носа – Современные методы клинической и параклинической диагностики заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа – Показания и противопоказания к использованию методов лабораторной диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, требующие направления пациентов к врачам-специалистам – Заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме – Заболевания и (или) состояния иных органов и систем, сопровождающиеся изменениями со стороны уха, горла, носа – МКБ – Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Умеет: – Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа – Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Оценивать анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях – Применять методы исследования при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей: <ul style="list-style-type: none"> – - комплекс стандартного оториноларингологического обследования; – - риноскопия, задняя риноскопия; – - фарингоскопия; – - ларингоскопия (непрямая и прямая); – - отоскопия; – - пальцевое исследование глотки; – - ольфактометрия; 	
		ПК-4.5. Определяет медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа		
		ПК-4.6. Выявляет симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа		

			<ul style="list-style-type: none"> – - исследование функции носового дыхания; – - основные аудиологические и вестибулометрические тесты; – - комплекс специфического обследования (эндоскопическая ревизия полости носа, носоглотки и околоносовых пазух, эндоскопия уха, микроскопия уха, горла, носа, стробоскопия); – - основные этапы диагностики, в том числе дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний, доброкачественных и злокачественных опухолей, травматических повреждений и аномалий развития уха, носа и околоносовых пазух, глотки, гортани и трахеи, горла; – - комплекс обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа при внутричерепных, внутриглазничных и внечерепных осложнениях, а также при профессиональных болезнях – Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Применять при обследовании пациентов медицинские изделия, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> – Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа 	
	<p>ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности</p>	<p>ПК-5.1. Определяет медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций. Разрабатывает план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляциям. Выполняет отдельные этапы или хирургические вмешательства пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Оценивает результаты хирургических вмешательств у пациентов</p> <p>ПК-5.2. Способен разработать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Знает: – Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "Оториноларингология" – Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях уха, горла, носа – Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и травмами уха, горла, носа – Современные методы лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в оториноларингологии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные – Методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла и носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные – Медицинские показания для назначения слухопротезирования и методы коррекции слуха – Принципы и методы хирургического лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные – Манипуляции при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные 	<p>Для текущего контроля: ПН, СЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ</p>

		<p>ПК-5.3. Способен предотвратить или устранить осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Медицинские изделия, в том числе хирургический инструментарий, расходные материалы, применяемые при хирургических вмешательствах, манипуляциях на ухе, горле, носе – Методы обезболивания в оториноларингологии – Требования асептики и антисептики – Принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе, в чрезвычайных ситуациях <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Разрабатывать план лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий – Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Назначать медицинские изделия и лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Определять медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций – Разрабатывать план подготовки пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к хирургическому вмешательству или манипуляциям – Выполнять медицинские вмешательства, отдельные этапы и хирургические вмешательства при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа: <p>- анемизация слизистой полости носа (нижнего и среднего носового хода) с применением навивных зондов;</p>	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - прижигание кровоточащего сосуда в полости носа; - передняя и задняя тампонады полости носа; - первичная хирургическая обработка ран уха, горла и носа; - вскрытие фурункула и карбункула носа; - вскрытие гематомы и абсцесса перегородки носа; - удаление инородных тел носа; - пункция гайморовых пазух носа; - внутриносочная блокада; - ультразвуковая, радиоволновая, лазерная дезинтеграция носовых раковин; - вазотомия нижних носовых раковин; - подслизистая резекция носовых раковин; - подслизистая резекция перегородки носа; - репозиция костей носа; - отслойка слизистой оболочки перегородки носа при рецидивирующих носовых кровотечениях; - операция на верхнечелюстной, лобной пазухах и клетках решетчатого лабиринта; - трепанопункция лобной пазухи; - туалет полости носа больным после ринохирургических вмешательств; - промывание лакун небных миндалин и туширование задней стенки глотки; - вскрытие паратонзиллярного абсцесса; - вскрытие заглоточного абсцесса; - аденотомия; - тонзиллотомия; - тонзилэктомия#; - удаление инородных тел глотки и носоглотки; - вскрытие флегмоны шеи; - удаление инородных тел гортани; - вскрытие абсцесса надгортанника; - промывание аттика; - парацентез барабанной перепонки и шунтирования барабанной полости; - промывание аттика; - пункция и вскрытие отогематомы; - обработка ушной раковины при ожогах и обморожениях; - вскрытие фурункула наружного слухового прохода; - удаление инородного тела наружного слухового прохода; - остановка ушных кровотечений; - антротомия; - радикальная (общеполостная) операция на ухе; 	
--	--	--	---	--

			<ul style="list-style-type: none"> - туалет наружного слухового прохода методом кюретажа и ирригации; - туалет наружного слухового прохода и перевязка пациентов после отохирургических вмешательств; - туалет среднего уха больным с мезотимпанитом; - продувание слуховых труб по Политцеру; - катетеризация слуховых труб; - забор материала из уха, горла, носа и смежных областей для бактериологического, цитологического, гистологического методов исследования (в том числе проведение тонкоигольчатой биопсии) – Разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа <p>Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения – Оказывать медицинскую помощь пациентам при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе в чрезвычайных ситуациях: <ul style="list-style-type: none"> - остановка кровотечения из уха, горла, носа; - восстановление дыхания пациента при угрожающих жизни нарушениях дыхания через верхние дыхательные пути (ротоглотка, гортань); - удаление инородного тела из уха, горла, носа; - оказание неотложной помощи при травмах уха, горла, носа; - оказание неотложной помощи при ожогах и обморожениях уха, горла, носа; - оказание неотложной помощи при гнойно-воспалительных процессах, в том числе абсцессах, флегмонах уха, горла, носа; - оказание неотложной помощи при развитии внутричерепных и орбитальных осложнений заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа 	
ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской	ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской	ПК-6.1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях уха, горла, носа 	Для текущего контроля: ПН, СЗ

	<p>реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов</p>	<p>индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "Оториноларингология" – Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями уха, горла, носа – Основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа – Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа – Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа – Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов – Медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов – Показания и противопоказания для назначения слухопротезирующих устройств, методы ухода за ними – Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа – Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, на медико- 	<p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ,СЗ</p>
<p>ПК-6.2. Определяет медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы</p>				
<p>ПК-6.3. Назначает слухопротезирование и дает рекомендации по уходу за слухопротезирующими устройствами</p>				

			<p>социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов, требования к оформлению медицинской документации</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов – Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов – Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов – Определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов – Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов – Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, для 	
--	--	--	---	--

**ПН – практические навыки, ТЗ – тестовые задания*

4. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем практики в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы		Трудоемкость в акад. час.	Курс 1		Курс 2	
			ПА 1	ПА 2	ПА 3	ПА 4
Аудиторная контактная работа обучающегося		870	144	162	240	324
Самостоятельная работа (аудиторная и внеаудиторная самостоятельная работа)		1398	225	315	345	513
Промежуточная аттестация – зачет с оценкой /зачет с оценкой/ зачет с оценкой /зачет с оценкой/		108	27	27	27	27
Общая трудоемкость практики	в час.	2376	396	504	612	864
	з.е	66	11	14	17	24
Из них на практическую подготовку		1901	317	403	490	691

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 80% от общей трудоёмкости практики «Клиническая практика».

4.2. Содержание практики, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов

*Перечень компетенций и формируемые профессиональные умения и навыки представлены в приложении к программе с описанием оценочных средств.

№ п/п	Виды профессиональной деятельности	Продолжительность	Перечень формируемых компетенций или индикаторов достижения компетенций *
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 1 - 396 час.			
1	Осмотр и диагностика заболеваний ЛОР-органов	68	УК-1, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ПК-4, ПК-5
2	Обучение работе с медицинской документацией Навык работы с персоналом структурного подразделения медицинской организации.	56	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-1, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3
3	Освоение методик исследования и лечения носа и околоносовых пазух	68	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6
4	Освоение методик исследования и лечения наружного, среднего и внутреннего уха	68	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6
5	Освоение методик исследования и лечения глотки	68	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6
6	Освоение методик исследования и лечения гортани, трахеи и пищевода	68	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 2 – 504 час.			
7	Освоение методики оказания помощи пациентам при неотложных состояниях	96	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-4, ПК-5
8	Освоение методик исследования и лечения носа и околоносовых пазух	96	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6

9	Освоение методик исследования и лечения наружного, среднего и внутреннего уха	96	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6
10	Освоение методик исследования и лечения глотки	96	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, О, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6
11	Освоение методик исследования и лечения гортани, трахеи и пищевода	120	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 3- 612 час.			
12	Освоение особенностей медицинских экспертиз	66	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7
13	Освоение методов, принципов и показаний медицинской реабилитации	66	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6
14	Освоение методик исследования и лечения носа и околоносовых пазух	120	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6
15	Освоение методик исследования и лечения наружного, среднего и внутреннего уха	120	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6
16	Освоение методик исследования и лечения глотки	120	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6
17	Освоение методик исследования и лечения гортани, трахеи и пищевода	120	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 4 – 864 час.			
18	Освоение методик исследования и лечения носа и околоносовых пазух	216	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6
19	Освоение методик исследования и лечения наружного, среднего и внутреннего уха	216	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6
20	Освоение методик исследования и лечения глотки	216	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6
21	Освоение методик исследования и лечения гортани, трахеи и пищевода	216	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Оценка проверки формирования компетенций по практике при текущем контроле:

Код и наименование компетенции или индикатора компетенции	Наименование оценочных средств для проверки формирования компетенции (индикатора достижения)
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	ПН, ТЗ
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	ПН, СЗ
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	ПН, СЗ
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ПН, ТЗ
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	ПН, СЗ
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность	ПН, СЗ
ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ПН, СЗ
ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу	ПН, СЗ

ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно- гигиеническому просвещению населения	ПН, СЗ
ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала	ПН, СЗ
ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ПН, СЗ
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ПН, ТЗ, СЗ
ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза	ПН, ТЗ, СЗ
ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности	ПН, ТЗ, СЗ
ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов	ПН, ТЗ, СЗ

**Оценочные средства: ПН-практические навыки, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи*

Форма промежуточной аттестации по практике – зачет с оценкой

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Промежуточная аттестация обучающихся по «Клинической практике» проводится в виде зачета с оценкой, который служит для оценки работы обучающегося в течение всего периода практики и призван выявить уровень, прочность и систематичность полученных обучающимся теоретических и практических знаний, умений и навыков.

Промежуточная аттестация обучающихся по «Клинической практике» проводится на основании отчетов по практике на заседании кафедры, составленных обучающимся в соответствии с индивидуальным планом работы, в сроки, отведенные для прохождения практики в соответствии с календарным учебным графиком. Зачет по практике принимается на заседании кафедры. Руководитель практики от профильной организации имеет право принимать участие в формировании оценочного материала и в оценке уровня сформированности профессиональных компетенций, освоенных обучающимся во время практики.

Для допуска к промежуточной аттестации обучающийся должен представить следующие документы:

1. индивидуальный план-график.
2. дневник практики
3. отчет по практике

Отчет по практике предоставляется обучающимся не позднее последнего дня практики. Возможно предоставление к указанному сроку электронного варианта отчета по практике.

Отчет по практике включает: титульный лист, содержание, актуальность исследования, цели и задачи исследования; аналитический обзор литературных источников по теме научного исследования; предполагаемые материалы и методы исследования; список литературы, список сокращений и условных обозначений.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Вид аттестации	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции и их индикаторы
Промежуточная аттестация № 1		
Демонстрация практических навыков	Отчет по практике, ПН, ТЗ, СЗ	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
Промежуточная аттестация № 2		
Демонстрация практических навыков	Отчет по практике, ПН, ТЗ, СЗ	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
Промежуточная аттестация № 3		
Демонстрация практических навыков	Отчет по практике, ПН, ТЗ, СЗ	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
Промежуточная аттестация № 4		
Демонстрация практических навыков	Отчет по практике, ПН, ТЗ, СЗ	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6

5.2. Критерии оценивания при демонстрации практических навыков:

«Отлично» - демонстрация способности выполнять манипуляцию на высоком профессиональном уровне в соответствии с алгоритмом.

«Хорошо» - демонстрация способности выполнять манипуляцию в соответствии с алгоритмом. Отмечаются небольшие затруднения, увеличивающие время проведения манипуляции.

«Удовлетворительно» - демонстрация способности выполнять манипуляцию. Отмечаются незначительные нарушения алгоритма и небольшие ошибки в технике выполнения.

«Неудовлетворительно» - грубое нарушение алгоритма или нарушение техники выполнения манипуляции.

5.3 Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции и индикаторы достижения компетенции
ПН	Санация верхних дыхательных путей – выполнение санации верхних дыхательных путей	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-4, ПК-5
ТЗ	<p>1. К методам диагностики экссудативного среднего отита относится</p> <p>1) акустическая рефлексометрия;+</p> <p>2) тимпанометрия;+</p> <p>3) тональная надпороговая аудиометрия;</p> <p>4) тональная пороговая аудиометрия.+</p> <p>2. Для подтверждения диагноза двусторонней вестибулопатии используется</p> <p>1) видеоимпульсный тест;+</p> <p>2) калорическая проба;+</p> <p>3) слуховые вызванные потенциалы;</p> <p>4) тональная пороговая аудиометрия.</p> <p>3. Диагностика паратонзиллярного абсцесса включает</p> <p>1) диафаносинусоскопию;</p> <p>2) риноманометрию;</p> <p>3) фарингоскопию;+</p> <p>4) эндоскопическое исследование полости носа.</p>	УК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6

	<p>4. Диагностика хронического тонзиллита включает</p> <p>1) анализ жалоб;+</p> <p>2) аудиометрию;</p> <p>3) лабораторные исследования — изменения иммунологических показателей;+</p> <p>4) объективные исследования (фарингоскопия);+</p> <p>5) эндоскопию полости носа</p> <p>5. Тонзиллэктомия- это</p> <p>1) полное удаление небных миндалин вместе с капсулой (под местной анестезией или наркозом);+</p> <p>2) удаление мягкого неба;</p> <p>3) удаление небных дужек;</p> <p>4) частичное удаление небных миндалин.</p>	
СЗ	<p>У больной 19 лет жалобы на боль в правом ухе, снижение слуха, асимметрия лица. Считает себя больной в течение недели, после переохлаждения. Вчера появилась асимметрия лица справа. Объективно: АД – Мт -гиперемирована, выпячена. Асимметрия лица резко выражена.</p> <p>Ваш диагноз? Лечение.</p> <p>Эталон ответа:</p> <p>Острый правосторонний средний отит. Отогенный периферический парез лицевого нерва справа</p> <p>Лечение:</p> <p>а) парацентез</p> <p>б) антибиотикотерапия пенициллинового ряда</p> <p>в) гипосенсибилизирующая терапия</p> <p>г) дезинтоксикационная терапия</p> <p>д) дегидратационная терапия</p> <p>е) противовоспалительная терапия</p> <p>ж) катетеризация слуховой трубы</p> <p>з) сосудосуживающие капли в нос</p> <p>и) антибактериальные капли в ухо</p> <p>к) ФЗТ</p>	<p>УК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6</p>

Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки

Оценочные средства по практике представлены в *Приложении №1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1. Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения практики

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по практике:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России

<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по практике:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU»

(www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed

<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения практики:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн МультиТран (<http://www.multitrans.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

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

Основная литература:

1. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471968.html>
2. Офтальмология: национальное руководство / под ред. С. Э. Аветисова, Е. А. Егорова, Л. К. Мошетовой, В. В. Нероева, Х. П. Тахчиди. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465851.html>
3. Справочник оториноларинголога / А. С. Лопатин, А. В. Варвянская, Г. Р. Каспранская. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459270.html>
4. Трудные дыхательные пути. Как не испугаться и не ошибиться / Зайцев А. Ю., Светлов В. А., Дубровин К. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453681.html>

5. Лучевая диагностика: учебное пособие / Е. Б. Илясова, М. Л. Чехонацкая, В. Н. Приезжева. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458778.html>
6. Справочник врача-оториноларинголога. / В. В. Вишняков. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461242.html>
7. Острые тонзиллиты (ангины) в практике скорой и неотложной медицинской помощи: руководство для врачей и фельдшеров / Н. Ф. Плавун, В. А. Кадышев, Л. Н. Проскурина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970468753.html>
8. Профессиональные заболевания ЛОР-органов / В. Б. Панкова, И. Н. Федина; под общ. ред. И. В. Бухтиярова, Н. А. Дайхеса. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460696.html>
9. На границе неврологии и оториноларингологии / М. В. Тардов, А. И. Крюков, А. В. Болдин [и др.]; под ред. А. И. Крюкова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476734.html>
10. Реабилитация инвалидов: национальное руководство. Краткое издание / под ред. Г. Н. Пономаренко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456187.html>

Дополнительная литература:

1. Кашель у детей. Клиническое руководство / Г. А. Самсыгина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455326.html>
2. Острые респираторные заболевания у детей / Самсыгина Г. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451052.html>
3. Наружный отит: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / Г.Н. Никифорова, В.М. Свистушкин, А.Н. Славский и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36346>
4. Носовое кровотечение: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / А.Н. Славский, В.М. Свистушкин, С.В. Старостина и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36348>
5. Травмы носа: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / Ю.Ю. Русецкий, В.М. Свистушкин и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36350>
7. Физическая терапия в оториноларингологической практике: практическое руководство / А.Г. Буявых. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36025>
8. Болезни глотки: учебное пособие / Е.В. Носуля, И.А. Ким, А.К. Винников. - Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/13700>
9. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. - 3-е изд., доп. - Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/4907>
10. Онкологическая патология в практике врача-оториноларинголога: учебное пособие / Н. А. Дайхес, В. В. Виноградов, С. С. Решульский [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа,

2021. - Текст : электронный // URL :
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459881.html>

11. Рентгенологические исследования в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / А. П. Аржанцев - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. Текст : электронный // URL :
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437735.htm>
12. Практическая неврология / под ред. А. С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст : электронный // URL :
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438909.html>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по практике «Клиническая практика» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Организация практики осуществляется на основании договоров с профильными организациями, которые располагают материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных практикой, а также деятельность которых соответствует профессиональным компетенциям, осваиваемым в рамках образовательной программы.

Для проведения практики «Клиническая практика» используются специальные помещения с материально-техническим и учебно-методическим обеспечением:

Специальные помещения и подразделения медицинской организации для самостоятельной работы по освоению программы практики и текущего контроля, оснащенные медицинским оборудованием.

Учебная аудитория для промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для проверки практических навыков.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Состав педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по практике «Клиническая практика» соответствует требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.58 Оториноларингология и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы практики «Клиническая практика» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
ПО ПРАКТИКЕ
«КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»**

Специальность ординатуры	31. 08. 58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач-оториноларинголог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

Санкт-Петербург
2023

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по практике «КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»**

№ п/п	Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 1 - 396 час.			
1	Осмотр и диагностика заболеваний ЛОР-органов	УК-1, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ПК-4, ПК-5	ПН, СЗ, ТЗ
2	Обучение работе с медицинской документацией Навык работы с персоналом структурного подразделения медицинской организации.	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-1, ОПК-8, ОПК-9, ПК-3	ПН, СЗ, ТЗ
3	Освоение методик исследования и лечения носа и околоносовых пазух	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
4	Освоение методик исследования и лечения наружного, среднего и внутреннего уха	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
5	Освоение методик исследования и лечения глотки	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
6	Освоение методик исследования и лечения гортани, трахеи и пищевода	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 2 – 504 час.			
7	Освоение методики оказания помощи пациентам при неотложных состояниях	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-10, ПК-4, ПК-5	ПН, СЗ, ТЗ
8	Освоение методик исследования и лечения носа и околоносовых пазух	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
9	Освоение методик исследования и лечения наружного, среднего и внутреннего уха	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
10	Освоение методик исследования и лечения глотки	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, О, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
11	Освоение методик исследования и лечения гортани, трахеи и пищевода	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 3- 612 час.			
12	Освоение особенностей медицинских экспертиз	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-7	ПН, СЗ, ТЗ
13	Освоение методов, принципов и показаний медицинской реабилитации	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
14	Освоение методик исследования и лечения носа и околоносовых пазух	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
15	Освоение методик исследования и лечения наружного, среднего и внутреннего уха	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
16	Освоение методик исследования и лечения глотки	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
17	Освоение методик исследования и лечения гортани, трахеи и пищевода	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 4 – 864 час.			
18	Освоение методик исследования и лечения носа и околоносовых пазух	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
19	Освоение методик исследования и лечения наружного, среднего и внутреннего уха	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
20	Освоение методик исследования и лечения глотки	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ
21	Освоение методик исследования и лечения гортани, трахеи и пищевода	УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-8, ПК-4, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ, ТЗ

**Оценочные средства: ПН-практические навыки, ТЗ-тестовые задания, СЗ-ситуационные задачи*

1. В результате освоения рабочей программы практики у обучающегося формируются следующие компетенции:

- УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте
- УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
- УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
- ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
- ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
- ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
- ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
- ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
- ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
- ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
- ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства
- ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
- ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза
- ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности
- ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций в результате освоения рабочей программы практики

Универсальные компетенции

Индикаторы достижения универсальной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход	Знает: <ul style="list-style-type: none"> – Профессиональные источники информации: учебную и научную литературу, нормативно-правовые документы и интернет ресурсы, необходимые в рамках специальности. Возрастные особенности, норму и патологию.	Для текущего контроля: ТЗ, СЗ Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ
УК-1.2. Критически оценивает возможности и способы применения достижений в области медицины и фармации в профессиональном контексте.		
УК-1.3. Использует методы и приёмы системного анализа достижений в области медицины и фармации для их применения в профессиональном контексте.		
	Умеет: <ul style="list-style-type: none"> – Пользоваться профессиональными источниками информации. – Анализировать полученную информацию в целях самообразования и 	

	<p>постоянного повышения профессиональной квалификации, а также при подготовке к публичному представлению материала.</p> <ul style="list-style-type: none"> – Определять качество научных публикаций с позиций доказательной медицины. 	
УК-3.1. Разбирается в принципах организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала.	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Особенности планирования командной работы в медицинском коллективе. – Особенности коллективного взаимодействия в медицинском учреждении. – Как проявить лидерские качества в процессах управления командным взаимодействием. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Формировать план командной работы медицинского коллектива. – Формировать командную работу среди медицинского персонала в учреждении. – Продемонстрировать возможности управления командой медицинского персонала. 	<p>Для текущего контроля: ПН</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, СЗ</p>
УК-3.2. Способен мотивировать и оценивать вклад каждого члена команды в результате коллективной деятельности, организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды.		
УК-3.3. Использует знания основ конфликтологии при разрешении конфликтов внутри команды и разрешает конфликты и противоречия при деловом общении на основе учета интересов всех сторон		
УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Современные аспекты медицинской этики и деонтологии. – Социокультурные (культурные) различия в коммуникации. – Стили официальных и неофициальных писем, виды корреспонденций. – Особенности и правила публичного выступления – Основные понятия этики делового общения, способы аргументации в деловых коммуникациях <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Профессионально общаться с коллегами, пациентами и их родственниками. – Вести документацию, деловую переписку с учетом особенностей стиля официальных и неофициальных писем и социокультурных различий в оформлении корреспонденции. – Обосновывать свою позицию с целью последующего ее понимания и принятия другим человеком. 	<p>Для текущего контроля: ПН</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, СЗ</p>
УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива		
УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.		

**Оценочные средства: ПН-практические навыки.*

Общепрофессиональные компетенции

Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства, проверяющие результаты обучения*
ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан - Показатели и критерии качества оказания медицинской помощи 	<p>Для текущего контроля: ПН</p> <p>Для</p>

заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни	<p>- Виды основных медико- статистических показателей</p> <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан. - Отбирать, систематизировать и использовать медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи - Делать выводы, оформлять отчетную документацию и представлять результаты оценки качества оказания медицинской помощи 	промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ
ОПК-2.2. Способен планировать организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья.		
ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.		

Код и наименование индикатора достижения универсальной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ОПК-4.1. Осуществляет сбор жалоб, анамнеза жизни и проводит осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - этиопатогенез, патоморфологию, классификацию заболеваний ЛОР органов; - патологические состояния, симптомы, синдромы, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний; - порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, Международную классификацию болезней (МКБ); - основные методы лабораторных и инструментальных обследований, показания к их назначению, правила интерпретации полученных результатов. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни; - проводить осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - составлять план обследования пациента и интерпретирует полученные результаты; - устанавливать причинно-следственную связь между воздействием каких-либо факторов и состоянием здоровья; - определять клиническую картину основных заболеваний; - пользоваться МКБ для постановки диагноза; - применять лабораторные и инструментальные методы исследований и интерпретировать полученные результаты; - оценивать результаты выполненных исследований, в том числе вспомогательных (лучевых, функциональных, лабораторных) <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками клинического осмотра и основ пропедевтики заболеваний; - методами дифференциальной диагностики при постановке диагноза; - навыками установления диагноза с учетом действующей МКБ; - правилами интерпретации полученных результатов при лабораторном и инструментальном обследовании пациентов; - навыками обеспечения безопасности диагностических манипуляций. 	<p>Для текущего контроля: ТЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ</p>
ОПК-4.2. Знает этиопатогенез, патоморфологию, классификацию, патологические состояния, симптомы, синдромы, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) состояний и формулирует диагноз с учетом действующей Международной статистической классификации болезней и проблем, связанных со здоровьем (далее - МКБ)		
ОПК-4.3. Составляет план лабораторных и инструментальных обследований пациентов и направляет пациентов на инструментальное и (или) лабораторное обследование, и (или) на консультацию к врачам-специалистам в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
ОПК-5.1. Разрабатывает план	Знает:	

<p>лечения и назначает лекарственные препараты медицинские изделия, лечебное питание и (или) немедикаментозное лечение; проводит мониторинг течения заболевания и корректирует лечение в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>- показания и противопоказания к назначению медикаментозных, немедикаментозных, хирургических методов лечения;</p> <p>- механизмы действия лекарственных препаратов и проблемы совместимости лекарственных средств;</p> <p>-побочные действия и осложнения диагностических и лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов, хирургических вмешательств;</p> <p>- методы обезболивания, требования асептики и антисептики</p> <p>- принципы и методы оказания первичной, специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи.</p> <p>Умеет:</p> <p>- разрабатывать обоснованный комплексный план лечения с учетом возраста и пола, особенностей клинической картины заболевания: назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание;</p>	
<p>ОПК-5.2. Оценивает эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий, лечебного питания и (или) немедикаментозного лечения.</p>	<p>- анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий и оценивать эффективность и безопасность их применения;</p> <p>- определять медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций;</p>	
<p>ОПК-5.3. Рекомендует профилактические мероприятия или лечение осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, немедикаментозного лечения или хирургических вмешательств</p>	<p>- разрабатывать план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляциям;</p> <p>- выполнять медицинские вмешательства, отдельные этапы и хирургические вмешательства при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа;</p> <p>- оценить эффективность проводимого лечения;</p> <p>- корректировать назначенное лечение, предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств.</p> <p>Владет:</p> <p>- принципами применения клинических рекомендаций, протоколов и современных методов лечения заболеваний;</p> <p>- методами оценки эффективности и безопасности применения лекарственных препаратов и медицинских изделий при лечении пациентов</p>	
<p>ОПК-6.1. Составляет план мероприятий медицинской реабилитации пациентов в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знает:</p> <p>- основы медицинской реабилитации, механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм;</p> <p>-методы медицинской реабилитации;</p> <p>- медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов;</p> <p>- критерии оценки качества реабилитационного процесса</p> <p>-медицинские показания для назначения и проведения санаторно-курортного лечения.</p>	<p>Для текущего контроля: ТЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ</p>
<p>ОПК-6.2. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов, контролирует их эффективность и безопасность в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов</p>	<p>Умеет:</p> <p>- определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации;</p> <p>- разрабатывать план реабилитационных мероприятий;</p> <p>- применять различные формы и методы реабилитации пациентов;</p> <p>- определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;</p>	
<p>ОПК-6.3. Направляет пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения</p>	<p>проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;</p>	

<p>мероприятий медицинской реабилитации, санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>- оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации.</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками проведения мероприятий по медицинской реабилитации; - навыками оценки эффективности и безопасности мероприятий медицинской реабилитации. 	
<p>ОПК-7.1. Проводит отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров и выносит медицинские заключения по их результатам</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок выдачи листков нетрудоспособности; - порядки проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров; - медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов. 	
<p>ОПК-7.2. Определяет признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции слуха, проводит экспертизу временной нетрудоспособности пациентов в том числе в составе врачебной комиссии медицинской организации, выдает листки нетрудоспособности</p>	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров и выносить медицинские заключения по их результатам; - определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции слуха; - выдавать листка нетрудоспособности; - при необходимости направить пациентов на медико-социальную экспертизу. 	
<p>ОПК-7.3. Подготавливает необходимую медицинскую документацию для экспертизы пациентов и направляет пациентов для осуществления медико-социальной экспертизы в федеральных центрах.</p>	<p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками определения признаков временной и стойкой нетрудоспособности и проведения экспертизы временной и стойкой нетрудоспособности, включая оценку состояния пациента, функциональных нарушений, прогноза и трудоспособности; - навыками направления пациентов, имеющих стойкое снижение трудоспособности для прохождения медико-социальной экспертизы - навыками формулировки медицинских заключений по результатам медицинского освидетельствования, предварительных и периодических медицинских осмотров 	
<p>ОПК-8.1. Пропагандирует здоровый образ жизни, профилактику заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа, осуществляет санитарно-просветительную работу, разрабатывает и реализовывает программы формирования здорового образа жизни.</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядки проведения медицинских осмотров, диспансеризации и диспансерного наблюдения пациентов; - принципы диспансерного наблюдения; - формы и методы санитарно-просветительной работы по формированию элементов здорового образа жизни, в том числе программ снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ; 	<p>Для текущего контроля: ТЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ</p>
<p>ОПК-8.2. Проводит медицинские осмотры, диспансеризацию с целью раннего выявления заболеваний и основных факторов риска, диспансерное наблюдение за пациентами с хроническими заболеваниями</p>	<ul style="list-style-type: none"> - основы здорового образа жизни, методы его формирования; - вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний. <p>Умеет:</p>	
<p>ОПК-8.3. Назначает профилактические мероприятия</p>	<ul style="list-style-type: none"> - осуществлять санитарно-просветительную работу по формированию здорового образа жизни, профилактике 	

<p>пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартом медицинской помощи и контролирует их соблюдение.</p>	<p>заболеваний;</p> <ul style="list-style-type: none"> - разрабатывать и реализовывать программы формирования здорового образа жизни, в том числе программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ; - проводить медицинские осмотры с учетом возраста, состояния здоровья, профессии; - определять медицинские показания к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показания для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней; - проводить санитарно-противоэпидемические мероприятия в случае возникновения очага инфекции; - назначать профилактические мероприятия пациентам. <p>Владет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками формирования программ здорового образа жизни, включая программы снижения потребления алкоголя и табака, предупреждения и борьбы с немедицинским потреблением наркотических средств, и психотропных веществ; - навыками назначения профилактических мероприятий пациентам с учетом факторов риска в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартом медицинской помощи - навыками контроля соблюдения профилактических мероприятий; - навыками определения медицинских показаний к введению ограничительных мероприятий (карантина) и показаний для направления к врачу-специалисту при возникновении инфекционных (паразитарных) болезней - навыками оформления и направления в территориальный орган Федеральной службы по надзору в сфере защиты прав потребителей и благополучия человека экстренного извещения при выявлении инфекционного или профессионального заболевания; - навыками проведения противоэпидемических мероприятий в случае возникновения очага инфекции, в том числе карантинных мероприятий при выявлении особо опасных (карантинных) инфекционных заболеваний; - навыками оценки эффективности профилактической работы с пациентами. 	
<p>ОПК-9.1. Составляет план работы и отчет о своей работе.</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - правила оформления медицинской документации, в том числе в электронном виде; 	<p>Для текущего контроля: ТЗ</p>
<p>ОПК-9.2. Ведет медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, анализирует медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности для оценки здоровья прикрепленного населения</p>	<ul style="list-style-type: none"> - правила работы в информационных системах и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; - методику проведения анализа медико-статистических показателей заболеваемости, смертности; - принципы организации деятельности и должностные обязанности находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала. 	<p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ</p>
<p>ОПК-9.3. Организует деятельность и контролирует выполнение должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала</p>	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - составлять план работы и отчет о своей работе; - вести медицинскую документацию, в том числе в электронном виде; - анализировать медико-статистические показатели заболеваемости, инвалидности; - использовать в работе информационные системы и информационно-телекоммуникационную сеть «Интернет»; 	

	<p>- осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала.</p> <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками использования медицинских информационных систем и информационно-телекоммуникационной сети «Интернет»; - навыками использования в работе персональных данных пациентов и сведений, составляющих врачебную тайну; - навыками организации деятельности и управления командой подчиненных; - навыками контроля выполнения должностных обязанностей находящегося в распоряжении среднего медицинского персонала - методами обеспечения внутреннего контроля качества и безопасности медицинской деятельности. 	
ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующих оказания медицинской помощи в экстренной форме.	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методику физикального исследования пациентов (осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация); - клинические признаки состояний, представляющих угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания); - методы оказания первой помощи при неотложных состояниях, направленные на поддержание жизненно важных функций организма человека. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - диагностировать состояния, представляющие угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти; - оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни; - осуществлять мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации. <p>Владеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - навыками распознавания состояний, представляющих угрозу жизни пациентам, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания); - навыками оказания медицинской помощи в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентам, в том числе клинической смерти. 	<p>Для текущего контроля: ТЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ</p>
ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), применяет лекарственные препараты и медицинские изделия.		
ОПК-10.3. Выполняет мероприятия базовой сердечно-легочной реанимации		

Профессиональные компетенции

Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания) (описывают составители программы)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ПК-3.1. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан в медицинских организациях.	<p>Знает: нормативные правовые акты, регулирующие работу структурных подразделений медицинской организации.</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы организации труда- порядок ведения учетно-отчетной документации <p>Умеет: использовать формы и методы работы, направленные на повышение качества медицинской помощи населению обеспечить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности</p>	<p>Для текущего контроля: ТЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ</p>
ПК-3.2. Способен организовывать работу структурных подразделений медицинской организации.		

ПК-3.3. Способен применять требования нормативных правовых актов в области менеджмента медицинской помощи в профессиональной деятельности.		
ПК-4.1. Интерпретирует и анализирует информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Общие вопросы организации медицинской помощи населению – Вопросы организации санитарно-противоэпидемических (профилактических) мероприятий в целях предупреждения возникновения и распространения инфекционных заболеваний – Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа – Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа – Закономерности функционирования здорового организма человека и механизмы обеспечения здоровья с позиции теории функциональных систем; особенности регуляции функциональных систем организма человека при патологических процессах – Методика сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Методика осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Методы лабораторных и инструментальных исследований для диагностики заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации результатов – Анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа у пациентов в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях – Этиология, патогенез и патоморфология, клиническая картина, дифференциальная диагностика, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) патологических состояний уха, горла, носа – Изменения уха, горла, носа у пациентов при иных заболеваниях – Профессиональные заболевания и (или) состояния уха, горла, носа – Современные методы клинической и параклинической диагностики заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа – Показания и противопоказания к использованию методов лабораторной диагностики у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, требующие направления пациентов к врачам-специалистам – Заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме 	<p>Для текущего контроля: ТЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ</p>
ПК-4.2. Оценивает анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа; применяет методы исследования при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи		
ПК-4.3. Интерпретирует и анализирует результаты инструментального и (или) лабораторного обследования, и (или) анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа		
ПК-4.4. Способен применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций		
ПК-4.5. Определяет медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа		
ПК-4.6. Выявляет симптомы и синдромы осложнений,		

<p>побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Заболевания и (или) состояния иных органов и систем, сопровождающиеся изменениями со стороны уха, горла, носа – МКБ – Симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Умеет: – Осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни у пациентов (их законных представителей) при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа – Интерпретировать и анализировать информацию, полученную от пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Оценивать анатомо-функциональное состояние уха, горла, носа в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях – Применять методы исследования при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей: <ul style="list-style-type: none"> – - комплекс стандартного оториноларингологического обследования; – - риноскопия, задняя риноскопия; – - фарингоскопия; – - ларингоскопия (непрямая и прямая); – - отоскопия; – - пальцевое исследование глотки; – - ольфактометрия; – - исследование функции носового дыхания; – - основные аудиологические и вестибулометрические тесты; – - комплекс специфического обследования (эндоскопическая ревизия полости носа, носоглотки и околоносовых пазух, эндоскопия уха, микроскопия уха, горла, носа, стробоскопия); – - основные этапы диагностики, в том числе дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний, доброкачественных и злокачественных опухолей, травматических повреждений и аномалий развития уха, носа и околоносовых пазух, глотки, гортани и трахеи, горла; – - комплекс обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа при внутричерепных, внутриглазничных и внечерепных осложнениях, а также при профессиональных болезнях – Интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа 	
---	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> – Интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Применять при обследовании пациентов медицинские изделия, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций – Определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа 	
<p>ПК-5.1. Определяет медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций. Разрабатывает план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляциям. Выполняет отдельные этапы или хирургические вмешательства пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. Оценивает результаты хирургических вмешательств у пациентов</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Знает: – Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "Оториноларингология" – Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях уха, горла, носа – Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и травмами уха, горла, носа – Современные методы лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в оториноларингологии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные – Методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла и носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные 	<p>Для текущего контроля: ТЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ</p>
<p>ПК-5.2. Способен разработать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Медицинские показания для назначения слухопротезирования и методы коррекции слуха – Принципы и методы хирургического лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные – Манипуляции при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные 	
<p>ПК-5.3. Способен</p>		

<p>предотвратить или устранить осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Медицинские изделия, в том числе хирургический инструментарий, расходные материалы, применяемые при хирургических вмешательствах, манипуляциях на ухе, горле, носе – Методы обезболивания в оториноларингологии – Требования асептики и антисептики – Принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе, в чрезвычайных ситуациях 	
	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Разрабатывать план лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий – Оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Назначать медицинские изделия и лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Определять медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций – Разрабатывать план подготовки пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к хирургическому вмешательству или манипуляциям – Выполнять медицинские вмешательства, отдельные этапы и хирургические вмешательства при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа: <ul style="list-style-type: none"> - анемизация слизистой полости носа (нижнего и среднего носового хода) с применением навивных зондов; - прижигание кровоточащего сосуда в полости носа; - передняя и задняя тампонады полости носа; - первичная хирургическая обработка ран уха, горла и носа; - вскрытие фурункула и карбункула носа; - вскрытие гематомы и абсцесса перегородки носа; - удаление инородных тел носа; - пункция гайморовых пазух носа; - внутриносая блокада; - ультразвуковая, радиоволновая, лазерная дезинтеграция носовых раковин; - вазотомия нижних носовых раковин; - подслизистая резекция носовых раковин; - подслизистая резекция перегородки носа; - репозиция костей носа; - отслойка слизистой оболочки перегородки носа при рецидивирующих носовых кровотечениях; 	

	<ul style="list-style-type: none"> - операция на верхнечелюстной, лобной пазухах и клетках решетчатого лабиринта; - трепанопункция лобной пазухи; - туалет полости носа больным после ринохирургических вмешательств; - промывание лакун небных миндалин и туширование задней стенки глотки; - вскрытие паратонзиллярного абсцесса; - вскрытие заглоточного абсцесса; - аденотомия; - тонзиллотомия; - тонзилэктомия#; - удаление инородных тел глотки и носоглотки; - вскрытие флегмоны шеи; - удаление инородных тел гортани; - вскрытие абсцесса надгортанника; - промывание аттика; - парацентез барабанной перепонки и шунтирования барабанной полости; - промывание аттика; - пункция и вскрытие отогематомы; - обработка ушной раковины при ожогах и обморожениях; - вскрытие фурункула наружного слухового прохода; - удаление инородного тела наружного слухового прохода; - остановка ушных кровотечений; - антротомия; - радикальная (общеполостная) операция на ухе; - туалет наружного слухового прохода методом кюретажа и ирригации; - туалет наружного слухового прохода и перевязка пациентов после отохирургических вмешательств; - туалет среднего уха больным с мезотимпанитом; - продувание слуховых труб по Политцеру; - катетеризация слуховых труб; - забор материала из уха, горла, носа и смежных областей для бактериологического, цитологического, гистологического методов исследования (в том числе проведение тонкоигольчатой биопсии) <p>– Разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p> <p>Предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств;</p> <ul style="list-style-type: none"> – Проводить мониторинг заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения – Оказывать медицинскую помощь пациентам при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе в чрезвычайных ситуациях: <ul style="list-style-type: none"> - остановка кровотечения из уха, горла, носа; - восстановление дыхания пациента при угрожающих жизни нарушениях дыхания через верхние дыхательные пути (ротоглотка, гортань); - удаление инородного тела из уха, горла, носа; - оказание неотложной помощи при травмах уха, горла, носа; 	
--	--	--

	<ul style="list-style-type: none"> - оказание неотложной помощи при ожогах и обморожениях уха, горла, носа; - оказание неотложной помощи при гнойно-воспалительных процессах, в том числе абсцессах, флегмонах уха, горла, носа; - оказание неотложной помощи при развитии внутричерепных и орбитальных осложнений заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа 	
<p>ПК-6.1. Проводит мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях уха, горла, носа – Порядок оказания медицинской помощи населению по профилю "Оториноларингология" – Клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями уха, горла, носа – Основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа – Методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа – Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа – Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов 	<p>Для текущего контроля: ТЗ</p> <p>Для промежуточной аттестации: ПН, ТЗ, СЗ</p>
<p>ПК-6.2. Определяет медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа – Механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа – Медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов 	
<p>ПК-6.3. Назначает слухопротезирование и дает рекомендации по уходу за слухопротезирующими устройствами</p>	<ul style="list-style-type: none"> – Медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов – Показания и противопоказания для назначения слухопротезирующих устройств, методы ухода за ними – Способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа – Медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов, требования к оформлению медицинской документации 	

	<p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> – Определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов – Разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов – Проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов – Определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов – Оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов – Определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, для 	
--	--	--

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Для допуска к промежуточной аттестации обучающийся должен представить следующие документы:

1. Индивидуальный план-график.
2. Дневник практики
3. Отчёт по практике

Дневник практики является основным отчетным документом учета учебного времени при прохождении практики обучающегося по программе ординатуры. В дневнике отражается объем проделанной работы за каждую неделю, отдельно приводятся диагнозы наиболее интересных пациентов, по желанию – кратким анализом клинического случая, выполненные манипуляции. Дневник практики должен регулярно проверяться и подписываться руководителями практики.

В конце каждого отчетного периода (на промежуточную аттестацию) обучающийся по программе ординатуры представляет сводные данные о проделанной работе (Сводный отчет о выполненной работе)

Рабочий график (план) оформляется отдельно для каждой базы практики, где ординатор проходит практику.

Шкала оценивания подготовки к промежуточной аттестации

№	Показатели оценки результатов практики	Критерии оценки	Оценка
1.	ДНЕВНИК (проверяемые компетенции) УК-1, УК-2, УК-3, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6	Дневник не представлен	0
		Дневник не написан	0
		Дневник поверхностный, формальный	3
		Дневник полностью отражает работу обучающегося, но в нем нет анализа работы, положительных и отрицательных моментов, необходимости для будущей работы	4
		Дневник полностью отражает объем работы обучающегося на практике с её анализом.	5
2.	ОТЧЕТ проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-9, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6	Оцениваются данные цифрового и текстового отчета по практике	Итоговая оценка непосредственного руководителя
3.	ХАРАКТЕРИСТИКА	Оценивается профессиональная деятельность обучающегося во время практики и уровень освоения компетенций	Итоговая оценка непосредственного руководителя

Шкала и критерии оценивания результатов

Оценка	Вид задания		Решение ситуационных задач
	Демонстрации практических навыков при текущем контроле	Выполнение тестовых заданий	
Неудовлетворительно	Грубое нарушение алгоритма или нарушение техники выполнения манипуляции.	70% и менее	Ответы неправильны или неточны. ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче и наводящие вопросы.
Удовлетворительно	Демонстрация способности выполнять манипуляцию. Отмечаются незначительные нарушения алгоритма и небольшие ошибки в технике выполнения.	71-80%	Ординатор частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа. Правильные ответы на 2-3 задания, на остальные задания ответы не точны или отсутствуют
Хорошо	Демонстрация способности выполнять манипуляцию в соответствии с алгоритмом. Отмечаются небольшие затруднения, увеличивающие время проведения манипуляции	81-90%	Ординатор решил задачу правильно, однако, при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил при помощи преподавателя. Правильные ответы на большинство заданий, есть неточности в ответах на 1-2 задания
Отлично	Демонстрация способности выполнять манипуляцию на высоком профессиональном уровне в соответствии с алгоритмом.	91-100%	Правильные ответы на все задания

Шкала и критерии оценки освоения компетенций

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
--------	---

Неудовлетворительно	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Удовлетворительно	«Знает» и «умеет» на репродуктивном уровне. Знает изученный элемент содержания репродуктивно: произвольно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях.
Хорошо	«Знает», «умеет» на аналитическом уровне. Знает на репродуктивном уровне и указывает на особенности и взаимосвязи изученных объектов, на их достоинства, ограничения, историю и перспективы развития и особенности для разных объектов усвоения.
Отлично	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

4. Форма промежуточной аттестации по практике: зачет с оценкой.

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Вид аттестации	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции и их индикаторы
Промежуточная аттестация № 1		
Демонстрация практических навыков	Отчет по практике, ПН	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
Промежуточная аттестация № 2		
Демонстрация практических навыков	Отчет по практике, ПН	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
Промежуточная аттестация № 3		
Демонстрация практических навыков	Отчет по практике, ПН	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6
Промежуточная аттестация № 4		
Демонстрация практических навыков	Отчет по практике, ПН, ТЗ, СЗ	УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ

ПЕРЕЧЕНЬ ПРАКТИЧЕСКИХ НАВЫКОВ

1. Методы исследования при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи:

- комплекс стандартного оториноларингологического обследования;
- риноскопия, задняя риноскопия;
- фарингоскопия;
- ларингоскопия (непрямая и прямая);
- отоскопия;
- пальцевое исследование глотки;
- ольфактометрия;
- исследование функции носового дыхания;
- основные аудиологические и вестибулометрические тесты;
- комплекс специфического обследования (эндоскопическая ревизия полости носа, носоглотки и околоносовых пазух, эндоскопия уха, микроскопия уха, горла, носа,

стробоскопия);

- этапы диагностики, в том числе дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний, доброкачественных и злокачественных опухолей, травматических повреждений и аномалий развития уха, носа и околоносовых пазух, глотки, гортани и трахеи, горла;
- комплекс обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа при внутричерепных, внутриглазничных и внечерепных осложнениях, а также при профессиональных болезнях

2. Оказание медицинской помощи при неотложных состояниях у пациентов, в том числе, в чрезвычайных ситуациях, с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа:

- остановка кровотечения из уха, горла, носа;
 - восстановление дыхания пациента при угрожающих жизни нарушениях дыхания через верхние дыхательные пути (ротоглотка, гортань);
 - удаление инородного тела из уха, горла, носа;
 - оказание неотложной помощи при травмах уха, горла, носа;
 - оказание неотложной помощи при ожогах и обморожениях уха, горла, носа;
 - оказание неотложной помощи при гнойно-воспалительных процессах, в том числе при абсцессах, флегмонах уха, горла, носа;
 - оказание неотложной помощи при развитии внутричерепных и орбитальных осложнений заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа

3. Выполнять медицинские вмешательства, отдельные этапы и хирургические вмешательства при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа:

- анемизация слизистой полости носа (нижнего и среднего носового хода) с применением навивных зондов;
- прижигание кровоточащего сосуда в полости носа;
- передняя и задняя тампонады полости носа;
- первичная хирургическая обработка ран уха, горла и носа;
- вскрытие фурункула и карбункула носа;
- вскрытие гематомы и абсцесса перегородки носа;
- удаление инородных тел носа;
- пункция гайморовых пазух носа;
- внутриносовая блокада;
- ультразвуковая, радиоволновая, лазерная дезинтеграция носовых раковин;
- вазотомия нижних носовых раковин;
- подслизистая резекция носовых раковин;
- подслизистая резекция перегородки носа;
- репозиция костей носа;
- отслойка слизистой оболочки перегородки носа при рецидивирующих носовых кровотечениях;
- операция на верхнечелюстной, лобной пазухах и клетках решетчатого лабиринта;
- трепанопункция лобной пазухи;
- туалет полости носа больным после ринохирургических вмешательств;
- промывание лакун небных миндалин и туширование задней стенки глотки;
- вскрытие паратонзиллярного абсцесса;
- вскрытие заглоточного абсцесса;
- аденотомия;
- тонзиллотомия;
- тонзилэктомия;
- удаление инородных тел глотки и носоглотки;
- вскрытие флегмоны шеи;

- удаление инородных тел гортани;
- вскрытие абсцесса надгортанника;
- промывание аттика;
- парацентез барабанной перепонки и шунтирования барабанной полости;
- пункция и вскрытие отогематомы;
- обработка ушной раковины при ожогах и обморожениях;
- вскрытие фурункула наружного слухового прохода;
- удаление инородного тела наружного слухового прохода;
- остановка ушных кровотечений;
- антротомия;
- радикальная (общеполостная) операция на ухе;
- туалет наружного слухового прохода методом кюретажа и ирригации;
- туалет наружного слухового прохода и перевязка пациентов после отохирургических вмешательств;
- туалет среднего уха больным с мезотимпанитом;
- продувание слуховых труб по Политцеру;
- катетеризация слуховых труб;
- забор материала из уха, горла, носа и смежных областей для бактериологического, цитологического, гистологического методов исследования (в том числе проведение тонкоигольчатой биопсии).

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

(проверяемые компетенции УК-1, УК-3, УК-4, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

№ 1. У больного К. 50 лет после обследования была обнаружена аллергия к анестетикам. Он, как оказалось, относился к группе риска, имел в анамнезе реакцию на анестетик лидокаин и ряд соматических заболеваний. Больной требовал произвести анестезию перед лечением. Стоматолог сообщил пациенту, что для проведения обезболивания ему нужно подобрать анестетик, безопасный для его здоровья, или избрать другой вид обезболивания. Пациент резко возразил против промедления с лечением и, крайне недовольный, покинул поликлинику.

Задание:

Назовите, какой вид конфликта присутствует в описанной ситуации, перечислите субъектов и объект конфликта, определите вид стратегий разрешения конфликта, избранных врачом и пациентом; предложите эффективную стратегию разрешения этого конфликта.

№ 2. На приеме у детского стоматолога мама с сыном 5-ти лет. Мама держит мальчика за руку, он старается стоять поближе к маме, выглядит напряженным, внимательно смотрит на врача. Оба пытаются приветливо улыбаться. Мама говорит: «Мы так волнуемся, доктор».

Вопросы:

С кем из них сначала должен установить контакт доктор?

Каковы возрастные особенности ребенка этого возраста, которые должен учесть врач?

Должна ли мама находиться в кабинете при осмотре и лечении ребенка?

№ 3. Ординатор проводил обучение детей – учеников 2 класса чистке зубов. Занятия проводились в группах по 10 человек в специально оборудованном помещении в школе. После подробного рассказа о правилах чистки зубов и показа стоматологом действий на модели большинство детей освоили основные приемы правильной чистки зубов. Однако нескольким детям, несмотря на то, что они с удовольствием участвовали в занятиях, это не удалось. Когда они пробовали сами почистить зубы или показать это на модели, оказалось, что они не

запомнили движения или выполняли их неправильно.

Вопросы:

Какие физиологические и психологические особенности свойственны детям данного возраста.

Правильно ли выбрана форма занятий для детей этого возраста?

Какие приемы обучения более эффективны в работе с детьми этого возраста?

Почему не всех детей удалось обучить?

№ 4. Студент А. Посещает лекции и семинары, активно выступает в дискуссиях, делает интересные сообщения и доклады, хорошо владеет речью, показывает разносторонние знания на экзаменах. Конспекты писать не любит: пишет отрывисто, неаккуратно. При тестовом контроле, особенно с ограничением времени, получает неудовлетворительные оценки, даже по тем темам, по которым хорошо отвечал устно.

Вопросы:

Какова ведущая репрезентативная система у данного студента?

Какая репрезентативная система у него развита слабо?

Какие педагогические виды помощи для развития слабо развитой репрезентативной системы можно предложить студенту?

№ 5. Девушка 15 лет проявляет неуравновешенность и даже некоторую агрессивность в поведении дома и в школе. Грубит учителям и родителям, поздно приходит домой. В то же время при отъезде из дома (в молодежном лагере скучает по родителям, говорит о своей вине перед ними, дружит со сверстниками, проявляет дружелюбие и трудолюбие.

Вопросы:

Каковы возрастные особенности подростков, влияющие на рисунок поведения девушки?

Как можно выстраивать психокоррекционную работу с ней?

№ 6. Современные тенденции оценивания студентов представлены в таблице ниже. Проанализируйте эти тенденции и приведите примеры методик оценки студентов, иллюстрирующие эти тенденции из своего образовательного опыта или из профессиональной практики. Подтверждается ли тенденция, представленная в таблице, на практике?

Оценивание: современные тенденции

От	К
Письменные работы, закрытый экзамен Оценивание преподавателем, тьютором Имплицитные критерии оценки Конкуренция	Открытый экзамен, кооперативный экзамен, курсовые работы, проекты Оценивание при участии студентов Эксплицитные критерии оценки Сотрудничество

Опишите в виде эссе самый интересный и полезный для Вас экзамен в опыте вашего обучения в вузе.

№ 7. На основе анализа указанных документов охарактеризуйте сущность каждого уровня образовательных целей, представленных в таблице. Дайте ответ на вопрос: в чем заключается роль высшей школы в современных условиях?

Уровни образовательных целей

Уровень целей образования	Сущность целей образования	Документы Российской Федерации, в которых цели зафиксированы
Цели общества (глобальные)	Цель современного образования - развитие тех свойств личности, которые нужны ей и обществу для включения в социально ценную деятельность. «Создает человека природа, но развивает и образует его	Национальная доктрина Российской Федерации до 2025 года Закон российской

	общество», - подчеркивал В.Г. Белинский.	Федерации «Об образовании»
Общие цели высшего образования	<p>Цели модернизации:</p> <p>Устранить традицию перегружать учебный план предметами и сведениями, не являющимися фундаментом для новых знаний;</p> <p>усилить практическую ориентацию и инструментальную направленность среднего образования;</p> <p>изменить методы обучения, расширить вес тех из них, которые формируют практические навыки анализа информации, самообучения, поднять роль самостоятельной работы учащихся.</p> <p>Ликвидировать отставание от мировой науки в стандартах и качестве преподавания социальных наук, в первую очередь экономики, менеджмента и права; дать всем выпускникам знания в областях, обеспечивающих активную соц. адаптацию.</p> <p>Увеличить долю открытого образования. Осуществить переход на сопоставимую с мировой систему показателей качества и стандартов образования.</p> <p>Обеспечить уровень функционального знания ин.яз.</p> <p>Обеспечить развитие вариативности и доступности образовательных программ.</p> <p>Создать механизмы систематического обновления содержания образования всех уровней.</p> <p>Изменить систему оценки образовательных результатов</p>	Концепция модернизации Российского образования на период до 2020 года Закон Российской Федерации о «О высшем и послевузовском образовании»
Цели подготовки специалиста определенного профиля	<p>Федеральный компонент государственного стандарта общего образования — основная часть государственного стандарта общего образования, обязательная для всех государственных, муниципальных и негосударственных образовательных учреждений Российской Федерации, реализующих основные образовательные программы общего образования и имеющих государственную аккредитацию.</p> <p>Федеральный компонент устанавливает:</p> <p>обязательный минимум содержания основных образовательных программ общего образования;</p> <p>требования к уровню подготовки выпускников;</p> <p>максимальный объем учебной нагрузки обучающихся, а также нормативы учебного времени.</p>	Государственные образовательные стандарты высшего профессионального образования Основная образовательная программа вуза
Цели освоения дисциплин#ы		Программы учебных дисциплин

№ 8.

В приемное отделение бригадой "Скорой" доставлена больная 53 лет с жалобами на ощущение инородного тела в горле, покалывание, усиливающиеся при глотании. Объективно в области основания надгортанника на язычной поверхности имеется рыбная кость.

Ваш диагноз? Назначьте лечения.

Инородное тело гортаноглотки (рыбная кость).

а) Удаление инородного тела.

№ 9.

У больной 70 лет жалобы на боли в области шеи у верхнего края щитовидного хряща справа, боли усиливаются при глотании. Прием жесткой пищи затруднен. Перечисленные жалобы больная связывает с приемом в пищу курицы за 5 дней до обращения к врачу, когда сначала появилось ощущение инородного тела, а затем боли. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,50 С, пальпация шеи в области верхнего края щитовидного хряща справа умеренно болезненна. При непрямой ларингоскопии имеется выраженный отек, инфильтрация и гиперемия слизистой оболочки черпалонадгортанной складки справа, в

правом грушевидном синусе симптом "слонного озера", инородное тело визуально не обнаружено.

Ваш диагноз? Назначьте дополнительные обследования и лечения.

Инородное тело правого грушевидного синуса.

- а) Rg-графия пищевода с барием.
- б) Удаление инородного тела
- в) Антибактериальная терапия.

№ 10.

Бригадой СМП в приемное отделение доставлен больной 18 лет. Состояние крайне тяжелое, дыхание стридорозное, кожные покровы бледно-серые, больной сидит в кресле – каталке, при вдохе над- и подключичные ямки втягиваются. Со слов сопровождающих родителей был укушен осой в область шеи. При непрямой ларингоскопии определяется тотальный стекловидный отек гортаноглотки, голосовая щель 2-3 мм.

Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Острый стеноз гортани III ст., аллергический отек гортани.

- а) Срочная трахеостомия, проведение медикаментозного дестенозирования

№ 11.

У больной 30 лет жалобы на сильную боль в правом ухе, снижение слуха. Больна два дня, после переохлаждения. Объективно: AD – в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Mt – гиперемирована, выбухает. Ш.р. – 0,5 м.

Ваш диагноз? Лечение.

Правосторонний острый средний отит.

Лечение:

- а) парацетез
- б) сосудосуживающие капли в нос
- в) антибиотикотерапия
- г) гипосенсибилизирующая терапия
- д) катетеризация правой слуховой трубы с введением антибактериальных и кортикостероидных препаратов

№ 12.

У больной 30 лет жалобы на снижение слуха справа. Три недели назад перенесла правосторонний острый средний отит. AD – в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Mt – серая, втянута. Ш.р. – 5 м.

Ваш диагноз? Назначьте обследование и лечение?

Острый правосторонний средний отит (репаративная стадия)

Лечение:

- а) катетеризация правой слуховой трубы с введением химопсина
- б) пневмомассаж барабанной перепонки справа

№ 13.

У больной 19 лет жалобы на неприятные ощущения, зуд в левом ухе. Эти ощущения появились ночью, от чего больная проснулась. Объективно: AD – в наружном слуховом проходе инородное тело похожее на таракана.

Ваши действия?

- а) введение в наружном слуховом проходе слева борный спирт или вазелиновое масло
- б) вымывание инородного тела

№ 14.

У больного 25 лет жалобы на припухлость и боль задней поверхности левой ушной раковины после травмы. Объективно: кожа левой ушной раковины припухшая, имеет синеватую гиперемию и резкую боль при пальпации.

Ваш диагноз? Лечение?

Отогематома левой ушной раковины.

Лечение:

- а) пункция и отсасывания содержимого гематомы
- б) тугая, давящая повязка
- в) противовоспалительная терапия

№ 15.

У больной 19 лет жалобы на боль в правом ухе, снижение слуха, асимметрия лица. Считает себя больной в течение недели, после переохлаждения. Вчера появилась асимметрия лица справа. Объективно: AD – Mt -гиперемирована, выпячена. Асимметрия лица резко выражена. Ваш диагноз? Лечение.

Острый правосторонний средний отит. Отогенный периферический парез лицевого нерва справа

Лечение:

- а) парацетез
- б) антибиотикотерапия пенициллинового ряда
- в) гипосенсибилизирующая терапия
- г) дезинтоксикационная терапия
- д) дегидратационная терапия
- е) противовоспалительная терапия
- ж) катетеризация слуховой трубы
- з) сосудосуживающие капли в нос
- и) антибактериальные капли в ухо
- к) ФЗТ

№ 16.

Больной 27 лет, находясь в состоянии алкогольного опьянения, получил удар в область лица металлическим предметом. Терял на короткое время сознание, была тошнота и рвота.

При поступлении – кровоизлияние в области левого нижнего века; спинка носа по средней линии, подвижна, мягкие ткани этой области немного отечны, при пальпации отмечается крепитация. На рентгенограммах обнаружены перелом костей носа и орбитальной стенки левой верхнечелюстной пазухи, тотальное затемнение этой пазухи.

Ваш диагноз? Лечебная тактика?

Закрытый перелом костей носа с наружной деформацией, перелом нижней стенки орбиты, гематосинус слева. Сотрясение головного мозга.

- а) госпитализации
- б) консультация нейрохирурга
- в) пункция левой верхнечелюстной пазухи с аспирацией содержимого
- г) инструментальная репозиция костей носа с последующей фиксацией по согласованию с нейрохирургом
- д) противовоспалительная терапия

№ 17.

У больной жалобы на затруднение носового дыхания, боль в области носа. Со слов, 4 дня назад больной подвергся хулиганскому нападению, получив несколько ударов в область лица. Носовое кровотечение остановилось самостоятельно, потери сознания, тошноты, рвоты после травмы больной не отмечал, за медицинской помощью не обращался. Спустя 2 дня появилось затруднение носового дыхания, усиливающаяся боль в области носа, повысилась температура, появились ознобы.

Объективно: отмечается отек, гиперемия кожных покровов в области корня носа, нижних век, боль при пальпации; при передней риноскопии – подушкообразное выбухание перегородки носа, значительный отек, гиперемия слизистой оболочки носа.

Ваш диагноз? Лечение?

Абсцесс перегородки носа

- а) вскрытие абсцесса с установлением дренажей;
- б) назначение антибактериальной, антиагрегантной, дезинтоксикационной терапии.

№ 18.

Больной 23 лет доставлен в приемное отделение с диагнозом огнестрельное ранение лица. При осмотре: больной в сознании, на вопросы отвечает адекватно, отмечается отек мягких тканей левой щеки, наличие входного пулевого отверстия в проекции левой верхнечелюстной пазухи.

Ваш диагноз? Обследование и лечение?

- а) Консультация нейрохирурга
- б) при отсутствии тяжелых поражений мозга – удаление инородного тела (радикальная операция на верхнечелюстной пазухе)
- в) противовоспалительная терапия

№ 19.

В бытовой драке около 2 часов назад больной получил удар разбитой бутылкой в область лица. Кровотечение остановилось самостоятельно. При осмотре имеется рана с неровными краями, расположенная на спинке носа с переходом на правый скат, размером 0,5 x 4 см. Форма носа изменена – имеется смещение спинки носа вправо. Носовое дыхание свободное, патологии полости носа не выявлено. Ваш диагноз? Обследование и лечение?

Перелом костей носа со смещением, резаная рана носа

- а) первичная хирургическая обработка (ушивание) раны
- б) введение столбнячного анатоксина
- в) консультация нейрохирурга
- г) при отсутствии противопоказаний – репозиция костей носа с последующей фиксацией
- д) противовоспалительная терапия

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(проверяемые компетенции УК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6)

1. Аудиометрическая кривая — это кривая при

- 1) измерении сопротивления структур среднего уха;
- 2) определении порогов слуха человека;+**
- 3) регистрации акустического рефлекса.

2. В каком году была предложена классификация тимпанометрических кривых (Джегера)?

- 1) 1950;
- 2) 1960;
- 3) 1970;+**
- 4) 1980.

3. В первый этап скрининга новорожденных входит метод обследования

- 1) отоакустическая эмиссия;+**
- 2) тимпанометрия;

- 3) тональная аудиометрия;
- 4) электрокохлеография.

4. Внутренняя слуховая труба

- 1) выравнивает давление;+**
 - 2) защищает ухо;
 - 3) приводит к тугоухости;
 - 4) усиливает звуковые колебания.
5. Выберите объективный метод обследования
- 1) измерение слуха шепотной речью;
 - 2) импедансометрия;+**
 - 3) камертональные пробы;
 - 4) тональная аудиометрия.

6. Выберите пик, который является производным верхнего оливарного комплекса при регистрации коротко латентного слухового вызванного потенциала

- 1) I;
- 2) III;+**
- 3) IV;
- 4) V.

7. Выберите пик, который является производным внутреннего коленчатого тела при регистрации коротко латентного слухового вызванного потенциала

- 1) I;
- 2) III;
- 3) IV;
- 4) VI.+**

8. Выберите пик, который является производным латеральной петли при регистрации коротко латентного слухового вызванного потенциала

- 1) I;
- 2) III;
- 3) IV;+**
- 4) V.

9. Выберите пик, который является производным собственно слуховым нервом при регистрации коротко латентного слухового вызванного потенциала

- 1) I;+**
- 2) II;
- 3) IV;
- 4) V.

10. Выберите субъективный метод обследования

- 1) отоакустическая эмиссия;
- 2) тимпанометрия;
- 3) тональная аудиометрия.+**

11. Главным аудиометрическим признаком глухоты или остаточного слуха является

- 1) наличие костно-воздушного интервала;
- 2) нисходящие формы кривых;
- 3) обрывы кривых и «островки слуха»;**+
- 4) отсутствие костно-воздушного интервала.

12. Главным аудиометрическим признаком нарушения звуковосприятия является
- 1) наличие костно-воздушного интервала;
 - 2) нисходящие формы кривых;+**
 - 3) обрывы кривых и «островки слуха»;
 - 4) отсутствие костно-воздушного интервала.
13. Главным аудиометрическим признаком смешанного нарушения слуха является
- 1) наличие костно-воздушного интервала;
 - 2) нисходящие формы кривых;+**
 - 3) обрывы кривых и «островки слуха»;
 - 4) отсутствие костно-воздушного интервала.
14. Для нормы характерна тимпанометрическая кривая типа
- 1) «C»;
 - 2) «Ad»;
 - 3) «As»;
 - 4) «A».**+
15. Для подтверждения гидропса лабиринта применяется
- 1) отоакустическая эмиссия;
 - 2) тимпанометрия;
 - 3) электрокохлеография.**+
16. Для разрыва цепи слуховых косточек характерна тимпанометрическая кривая следующего типа
- 1) «C»;
 - 2) «A»;
 - 3) «B»;
 - 4) «E».**+
17. Для сальпингоотита характерна тимпанометрическая кривая следующего типа
- 1) «C»;**+
 - 2) «D»;
 - 3) «Ad»;
 - 4) «A».
18. Для экссудативного среднего отита в начальной стадии характерна тимпанометрическая кривая следующего типа
- 1) «C»;
 - 2) «As»;**+
 - 3) «A»;
 - 4) «B».
19. Для экссудативного среднего отита в середине течения заболевания характерна тимпанометрическая кривая типа
- 1) «C»;
 - 2) «As»;
 - 3) «A»;
 - 4) «B».**+

20. К методам диагностики экссудативного среднего отита относится

- 1) акустическая рефлексометрия;+
- 2) тимпанометрия;+
- 3) тональная надпороговая аудиометрия;
- 4) **тональная пороговая аудиометрия.**+

21. К слуховому анализатору относятся следующие анатомические образования

- 1) слуховой нерв, хрусталик, наружное ухо;
- 2) слуховой рецептор и хрусталик;
- 3) **слуховой рецептор, слуховой нерв, зона коры больших полушарий;**+
- 4) ухо.

22. Кондуктивная тугоухость — это

- 1) изменение слуховой функции с преимущественным вовлечением в процесс элементов внутреннего уха;
- 2) минимальные изменения слуха, которые легко обратимы консервативным или хирургическими путями;
- 3) **нарушение слуха, которое характеризуется затруднённым проведением звуковых волн к звуковоспринимающему аппарату;**+
- 4) нарушение слуха, которое характеризуется нисходящим типом аудиометрической кривой с минимальным костно-воздушным интервалом в нем.

23. Кондуктивная форма тугоухости развивается при

- 1) ДППГ;
- 2) **атрезии наружного слухового прохода;**+
- 3) болезни Меньера;
- 4) кохлеарном неврите.

24. Латерализация звука при атрезии наружного слухового прохода справа

- 1) **влево;**+
- 2) вправо;
- 3) не является информативным методом;
- 4) по центру.

25. Лишившись в раннем детстве слуха, люди утрачивают способность

- 1) видеть;
- 2) ощущать запахи;
- 3) **произносить слова;**+
- 4) чувствовать боль.

26. Международная классификация степеней тугоухости, основанная на усреднённых значениях порогов звуковосприятия на частотах

- 1) 1000, 2000, 4000, 6000 Гц;
- 2) 250, 500, 1000, 2000 Гц;
- 3) **500, 1000, 2000, 4000 Гц;**+
- 4) 500, 1500, 2000, 6000 Гц.

27. Основной способ диагностики нарушения слуха при тугоухости у взрослого пациента является

- 1) исследование слуха речью;
- 2) исследования слуха камертонами;

3) регистрация слуховых вызванных потенциалов;

4) тональная пороговая аудиометрия. +

28. Основной способ диагностики нарушения слуха при тугоухости у ребенка

1) исследование слуха речью;

2) исследования слуха камертонами;

3) регистрация слуховых вызванных потенциалов; +

4) тональная пороговая аудиометрия.

29. Основополагающий пик для определения порога слуха по данным регистрации коротко латентного слухового вызванного потенциала

1) I;

2) II;

3) IV;

4) V. +

30. Отоакустическая эмиссия — это

1) звук, сформированный в результате активных механических колебаний;

2) электрический импульс в слуховом нерве в ответ на звуковое раздражение;

3) электрический потенциал в следствии изменения формы волосковых клеток;

4) электрический потенциал покоя волосковых клеток. +

31. Отрицательная проба Желле характерна для

1) изменения не регистрируются;

2) нарушения звуковосприятия;

3) нарушения звукопроводения; +

4) нормального слуха.

32. Отрицательная проба Желле характерна для

1) внезапной глухоте;

2) нейросенсорной тугоухости;

3) отосклероза и фиксации подножной пластинки стремени; +

4) эптитимпанита.

33. Отрицательная проба Швабаха характерна для

1) изменения не регистрируются;

2) нарушения звуковосприятия; +

3) нарушения звукопроводения;

4) нормального слуха.

34. Переслушивание при тональной пороговой аудиометрии можно предотвратить

1) заглушить шумом исследуемое ухо;

2) заглушить шумом не исследуемое ухо; +

3) плотно закрыть второе ухо;

4) плотно закрыть второе ухо ваткой.

35. При атрезии наружного слухового прохода чаще всего встречается форма тугоухости

1) кондуктивная; +

2) нейросенсорная;

3) нейроэпителиальная;

4) смешанная.

36. При экссудативном среднем отите с изменениями слуховой функции типичная степень

- 1) I;
- 2) **II;+**
- 3) III;
- 4) IV.

37. Сенсоневральная тугоухость, возникшая 1,5 недели назад, является

- 1) внезапной;
- 2) **острой;+**
- 3) подострой;
- 4) хронической.

38. Сенсоневральная тугоухость, возникшая 4 месяца назад

- 1) внезапная;
- 2) острая;
- 3) подострая;
- 4) **хроническая тугоухость.+**

39. Смешанная форма тугоухости развивается при

- 1) ДППГ;
- 2) аномалии развития наружного уха;
- 3) кохлеарном неврите;
- 4) **хроническом гнойном эпитимпаните.+**

40. Среднее значение порогов слышимости на речевых частотах 55дБ соответствует степени тугоухости

- 1) I;
- 2) II;
- 3) **III;+**
- 4) IV.

41. Среднее значение порогов слышимости на речевых частотах 70 дБ соответствует степени тугоухости

- 1) I;
- 2) II;
- 3) III;
- 4) **IV.+**

42. Степень изменения слуховой функции не разовьётся никогда при экссудативном среднем отите

- 1) I;
- 2) II;
- 3) III;
- 4) **IV.+**

43. Субъективное обследование слуха у детей дошкольного возраста

- 1) **игровая аудиометрия;+**
- 2) невозможно провести;
- 3) тональная аудиометрия;
- 4) ультразвуковая аудиометрия.

44. Ушная сера необходима для

- 1) **задержки пыли;**+
- 2) направления звуков в слуховой проход;
- 3) раздражения рецепторов слуха;
- 4) усиления колебаний барабанной перепонки.

45. Частотные границы восприятия звуков ухом человека

- 1) **125 ГЦ -8 тыс. Гц;**+
- 2) 16 ГЦ -20 тыс. Гц;
- 3) 500 ГЦ -4 тыс. Гц;
- 4) 6 ГЦ -28 тыс. Гц.

46. «Театральная», вычурная или осторожная походка в тесте ходьбы по прямой линии характерна для

- 1) двустороннего периферического поражения вестибулярной системы;
- 2) одностороннего периферического поражения вестибулярной системы;
- 3) поражения мозжечка;
- 4) **психогенных расстройств.**+

47. В основе стато-координаторных тестов лежит оценка

- 1) вестибуло-вегетативного рефлекса;
- 2) вестибуло-окулярного рефлекса;
- 3) **вестибуло-спинального рефлекса;**+
- 4) рвотного рефлекса;
- 5) стапедиального рефлекса.

48. В прессорной пробе возникновение нистагма обусловлено

- 1) наличием фистулы в верхнем полукружном канале;
- 2) **наличием фистулы в горизонтальном полукружном канале;**+
- 3) наличием фистулы в заднем полукружном канале;
- 4) эндолимфатическим гидропсом лабиринта.

49. В пробе Dix-Hallpike для тестирования правого заднего полукружного канала надо голову пациента

- 1) повернуть на 45° влево;
- 2) **повернуть на 45° вправо;**+
- 3) повернуть на 70° вправо;
- 4) повернуть на 90° вправо.

50. В пробе Вальсальвы нистагм может наблюдаться при

- 1) **дегисценции переднего полукружного канала;**+
- 2) отолитиазе горизонтального полукружного канала;
- 3) отолитиазе заднего полукружного канала;
- 4) отосклерозе.

51. В результате работы вестибуло-окулярного рефлекса при повороте головы вправо

- 1) глаза закрываются в результате моргания;
- 2) глаза остаются неподвижными в орбитах;
- 3) **глаза содруженственно поворачиваются влево;**+
- 4) глаза содруженственно поворачиваются вправо.

52. В тесте Хальмаги при одностороннем поражении правого лабиринта

- 1) возникает корректирующая саккада при повороте головы влево;
- 2) возникает корректирующая саккада при повороте головы вправо;+**
- 3) наблюдается потеря 2 строк;
- 4) наблюдается потеря более 2 строк по шкале Снеллена.

53. В указательной пробе при поражении мозжечка характерно

- 1) гармоничное промахивание обеими руками в сторону поражения;
- 2) гармоничное промахивание обеими руками в сторону, противоположенную поражению;
- 3) гиперметрия и интенционный тремор;+**
- 4) нарушение супинации обеими руками.

54. В фистульной пробе наблюдают за возникновением нистагма при

- 1) встряхивании головы;
- 2) нагнетании воздуха в наружный слуховой проход;+**
- 3) укладывании пациента на спину с запрокинутой головой вправо;
- 4) установке камертона С128 на сосцевидный отросток.

55. Дисметрия в тесте саккад характерна для

- 1) двусторонней периферической гипофункции;
- 2) односторонней периферической гипофункции;
- 3) поражения вестибулярных ядер ствола мозга;
- 4) поражения височной доли;
- 5) поражения мозжечка.+**

56. Для двусторонней вестибулопатии в тесте Хальмаги характерно выявление

- 1) вертикального нистагма при повороте головы в обе стороны;
- 2) компенсаторных саккад при повороте головы в обе стороны;+**
- 3) скрытого нистагма при повороте головы в обе стороны;
- 4) явного нистагма при повороте головы в обе стороны.

57. Для диагностики доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения при отолитиазе горизонтального полукружного канала используется

- 1) roll-тест;+**
- 2) проба Dix-Hallpike;
- 3) проба Вальсальвы;
- 4) тест встряхивания головы.

58. Для диагностики доброкачественного пароксизмального позиционного головокружения при отолитиазе заднего полукружного канала используется

- 1) roll-тест;
- 2) проба Dix-Hallpike;+**
- 3) проба Вальсальвы;
- 4) тест встряхивания головы.

59. Для периферического нистагма характерно

- 1) изменение направления в очках Френзеля;
- 2) изменение направления при изменении направления взора;
- 3) увеличение интенсивности в очках Френзеля;+**
- 4) уменьшение интенсивности в очках Френзеля.

60. Для периферического нистагма характерно

- 1) **однаправленность при изменении направления взора;**+
- 2) разнонаправленность при изменении направления взора;
- 3) **следование закону Александра;**+
- 4) уменьшение интенсивности в очках Френзеля;
- 5) уменьшение интенсивности после встряхивания головы.

61. Для подтверждения диагноза двусторонней вестибулопатии используется

- 1) **видеоимпульсный тест;**+
- 2) **калорическая проба;**+
- 3) слуховые вызванные потенциалы;
- 4) тональная пороговая аудиометрия.

62. Для положительной пробы Dix-Hallpike характерно

- 1) **возникновение вертикального нистагма вверх с ротаторным компонентом в сторону пораженного уха;**+
- 2) возникновение горизонтального нистагма в сторону пораженного уха;
- 3) **возникновение субъективного головокружения;**+
- 4) отсутствие латентного периода;
- 5) продолжение нистагма при усаживании пациента.

63. Для поражения (угнетения левого лабиринта) в маршевой пробе характерно

- 1) **отклонение пациента от первоначального положения больше 30° влево;**+
- 2) отклонение пациента от первоначального положения больше 30° вправо;
- 3) падение пациента вперед;
- 4) падение пациента назад.

64. Для центрального спонтанного нистагма характерно

- 1) **изменение направления при изменении направления взора;**+
- 2) однаправленность при изменении направления взора;
- 3) **появление вертикального нистагма при отведении взора;**+
- 4) усиление интенсивности нистагма в очках Френзеля;
- 5) усиление нистагма при отведении взора в сторону быстрого компонента нистагма.

65. Замедление саккад свидетельствует о

- 1) двустороннем гидропсе лабиринта;
- 2) двустороннем периферическом поражении вестибулярной системы;
- 3) одностороннем периферическом поражении вестибулярной системы;
- 4) очаговом поражении извилины Гешля;
- 5) **стволовых нарушениях.** +

66. Нарушения в тесте оптокинеза свидетельствуют

- 1) о двусторонней гипорефлексии лабиринтов;
- 2) о поражении вестибулярной порции VIII пары черепных нервов;
- 3) **о поражении центральных отделов вестибулярной системы;** +
- 4) об односторонней лабиринтной арефлексии.

67. Нарушения в тесте плавного слежения свидетельствуют

- 1) о двусторонней гипорефлексии лабиринтов;
- 2) о нарушении вестибуло-окулярного рефлекса;
- 3) **о поражении центральных отделов вестибулярной системы;** +
- 4) об односторонней лабиринтной арефлексии.

68. Особенностью очков Френзеля является наличие

- 1) **встроенной подсветки глаз**;+
- 2) мигающего источника света;
- 3) **увеличивающих линз +16 — +20 дптр**;+
- 4) увеличивающих линз +3 — +6 дптр.

69. Очки Френзеля используют при проведении

- 1) **теста встряхивания головы**;+
- 2) теста на оптокинез;
- 3) теста саккад;
- 4) **теста спонтанного нистагма**.+

70. Периферический нистагм

- 1) вертикальный при отведении взора;
- 2) меняет направление при изменении направления взора;
- 3) **однонаправлен при изменении направления взора**;+
- 4) уменьшается в очках Френзеля.

71. При двусторонней вестибулопатии в тесте Ромберга наблюдается

- 1) вестибулярный ганглий, ядра 7 пары, 6 пары и 3 пары черепных нервов;
- 2) **вестибулярный ганглий, ядра 8 пары, 6 пары и 3 пары черепных нервов**;+
- 3) коленчатый ганглий, ядра 8 пары, 6 пары и 3 пары черепных нервов;
- 4) спиральный ганглий, ядра 8 пары, 6 пары и 3 пары черепных нервов.

72. При двусторонней вестибулопатии проводят диагностику с

- 1) **болезнью Паркинсона**;+
- 2) доброкачественным пароксизмальным позиционным головокружением;
- 3) **периферической нейропатией**;+
- 4) эпилепсией.

73. При доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении правого заднего полукружного канала в пробе Dix-Hallpike возникает

- 1) вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом влево;
- 2) **вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом вправо**;+
- 3) вертикальный нистагм вниз с ротаторным компонентом вправо;
- 4) горизонтальный нистагм вверх с ротаторным компонентом вправо.

74. При доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении, каналолитиазе правого горизонтального полукружного канала в roll-тесте при повороте головы вправо возникает

- 1) вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом вправо;
- 2) левосторонний горизонтальный нистагм;
- 3) **правосторонний горизонтальный нистагм**;+
- 4) ротаторный нистагм.

75. При доброкачественном пароксизмальном позиционном головокружении, купулолитиазе правого горизонтального полукружного канала в roll-тесте при повороте головы вправо возникает

- 1) вертикальный нистагм вверх с ротаторным компонентом вправо;
- 2) **левосторонний горизонтальный нистагм**;+
- 3) правосторонний горизонтальный нистагм;
- 4) ротаторный нистагм.

76. При каналолитиазе правого горизонтального полукружного канала в roll-тесте характерно

- 1) более выраженное головокружение при повороте головы в здоровую сторону;
- 2) более выраженное головокружение при повороте головы в пораженную сторону; +**
- 3) наличие апогеотропного нистагма;
- 4) наличие геотропного нистагма; +**
- 5) тошнота, рвота.

77. При купулolithиазе правого горизонтального полукружного канала в roll-тесте характерно

- 1) более выраженное головокружение при повороте головы в здоровую сторону; +**
- 2) более выраженное головокружение при повороте головы в пораженную сторону;
- 3) наличие апогеотропного нистагма; +**
- 4) наличие геотропного нистагма;
- 5) тошнота, рвота.

78. При нарушении в тесте плавного слежения наблюдаются

- 1) дисметрия саккад;
- 2) корректирующие саккады при слежении; +**
- 3) позиционный нистагм;
- 4) спазм аккомодации.

79. При односторонней периферической вестибулопатии (угнетении пораженного лабиринта) пациент

- 1) падает в разные стороны;
- 2) преимущественно отклоняется в сторону здорового лабиринта;
- 3) преимущественно отклоняется в сторону пораженного лабиринта; +**
- 4) преимущественно отклоняется вперед;
- 5) преимущественно отклоняется назад.

80. При одностороннем поражении правого лабиринта в тесте встряхивания головы наблюдается усиление или появление

- 1) вертикального нистагма вверх;
- 2) вертикального нистагма вниз;
- 3) левостороннего горизонтального нистагма; +**
- 4) правостороннего горизонтального нистагма.

81. При оценке нистагма пациента просят следить за мишенью

- 1) находящейся под углом 20-30° вправо или влево по горизонтали от средней линии; +**
- 2) находящейся под углом 45° вверх или вниз по вертикали от средней линии;
- 3) находящейся под углом 50-70° вправо или влево по горизонтали от средней линии;
- 4) находящейся под углом 90° вправо или влево по горизонтали от средней линии.

82. При поражении (угнетении) правого лабиринта в указательной пробе характерно

- 1) гармоничное промахивание обеими руками в сторону здорового лабиринта;
- 2) гармоничное промахивание обеими руками в сторону пораженного лабиринта; +**
- 3) гиперметрия и интенционный тремор;
- 4) дисгармоничное промахивание рукой на стороне поражения.

83. При поражении вестибулярной системы периферического генеза часто наблюдается

- 1) дисметрия саккад;
- 2) компенсаторная саккада в тесте Хальмаги;+**
- 3) нарушение плавного слежения;
- 4) спонтанный нистагм, изменяющийся по закону Александра.+**

84. При поражении вестибулярной системы центрального генеза часто наблюдается

- 1) дисметрия саккад;+**
- 2) компенсаторная саккада в тесте Хальмаги;
- 3) нарушение плавного слежения;+**
- 4) спонтанный нистагм, изменяющийся по закону Александра.

85. При пробе Вальсальвы изменение давления в эндолимфатическом пространстве возникает при

- 1) дегисценции верхнего полукружного канала;+**
- 2) каналолитиазе горизонтального полукружного канала;
- 3) наличии дефекта мембраны окна улитки или кольцевидной связки преддверия;+**
- 4) склеротических изменениях барабанной перепонки;
- 5) фиксации стремени в окне преддверия.

86. При проведении теста Хальмаги

- 1) врач совершает быстрый и неожиданный поворот вправо или влево на 15-20°;+**
- 2) врач совершает быстрый и неожиданный поворот вправо или влево на 70-80°;
- 3) пациент фокусируется на кончике носа врача;+**
- 4) пациент фокусируется на своем кончике носа.

87. При проведении теста встряхивания головы

- 1) голова пациента поворачивается вверх-вниз примерно 20 раз;
- 2) голова пациента поворачивается вправо-влево примерно 20 раз;+**
- 3) используют очки Френзеля;+**
- 4) пациент следит за мишенью;
- 5) пациент следит за оптокинетическим барабаном.

2)

88. При проведении теста на оптокинез используется

- 1) видеоочки Френзеля;
- 2) оптокинетическая решетка;
- 3) оптокинетический барабан;+**
- 4) очки Френзеля.

89. Рефлекторная дуга вестибуло-окулярного рефлекса включает

- 1) значение gain горизонтальных полукружных каналов 0,5 и выше;
- 2) нормальное значение gain при вращении в одну из сторон;
- 3) отсутствие снижения gain ниже нормальных значений;
- 4) снижение gain горизонтальных полукружных каналов менее 0,1.+**

90. С целью улучшения постуральной устойчивости при двусторонней вестибулопатии используют

- 1) дыхательную гимнастику;
- 2) репозиционные маневры;
- 3) ходьбу в условиях оптокинетической стимуляции;+**
- 4) ходьбу с изменением направления движения;+**
- 5) ходьбу с использованием экзоскелета.

91. Скрытый спонтанный нистагм определяется

1) в очках Френзеля;+

2) в тесте оптокинеза;

3) в тесте саккад;

4) при закрытых глазах.

92. Центральный спонтанный нистагм наблюдается при

1) двусторонней гипорефлексии;

2) односторонней лабиринтной гипорефлексии;

3) патологии окологлочка мозжечка;+

4) патологии ядра Кахаля в среднем мозге;+

5) эндолимфатическом гидропсе лабиринта.

93. Диагностика паратонзиллярного абсцесса включает

1) диафаносинусоскопию;

2) риноманометрию;

3) фарингоскопию;+

4) эндоскопическое исследование полости носа.

94. Диагностика хронического тонзиллита включает

1) анализ жалоб;+

2) аудиометрию;

3) лабораторные исследования — изменения иммунологических показателей;+

4) объективные исследования (фарингоскопия);+

5) эндоскопию полости носа.

95. Лечение паратонзиллярного абсцесса включает

1) аденотомию;

2) вскрытие паратонзиллярного абсцесса, абсцесстонзиллэктомия;+

3) только тонзиллэктомию;

4) тонзиллотомия.

96. Методы хирургического лечения хронического тонзиллита включают

1) коблацию небных миндалин;+

2) парциальную аденотомию;

3) сфенотомию;

4) увулопластику.

97. Паратонзиллярный абсцесс может быть следующей локализации

1) восходящей локализации;

2) медиальной локализации;

3) нижней локализации;+

4) пристеночной локализации.

98. Паратонзиллярный абсцесс проявляется

1) гиперсаливацией;+

2) нейросенсорной тугоухостью;

3) отсутствием тимпанального рефлекса.

99. Паратонзиллярный абсцесс требует

- 1) исключительно консервативную терапию;
- 2) комбинированную радио- и химиотерапию;
- 3) **хирургическое лечение.**+

100. Паратонзиллярный абсцесс- это

- 1) воспаление глоточной миндалины;
- 2) гнойный процесс в толще задней стенки глотки;
- 3) **острый абсцедирующий воспалительный процесс, локализующееся в околоминдаликовой клетчатке;**+
- 4) холодный гнойный нагёчник межапоневротического пространства шеи.

101. Показаниями к тонзиллэктомии являются

- 1) гипертрофия аденоидов;
- 2) гипертрофия небных миндалин;
- 3) заглоточный абсцесс;
- 4) **хронический тонзиллит простой или токсико-аллергической формы I степени при отсутствии эффекта от консервативного лечения;**+
- 5) **хронический тонзиллит токсико-аллергической формы II степени;**+
- 6) **хронический тонзиллит, осложненный паратонзиллитом, наличие в анамнезе паратонзиллярных абсцессов.**+

102. Противопоказания к тонзиллэктомии

- 1) **аномалии сосудов глотки;**+
- 2) **беременность;**+
- 3) детский возраст;
- 4) хоанальный синдром.

103. Санация и местное лечение небных миндалин при хроническом тонзиллите включает

- 1) двустороннюю тонзиллотомию;
- 2) двустороннюю тонзиллэктомию;
- 3) одностороннюю тонзиллотомию;
- 4) **промывание лакун дезинфицирующими растворами.**+

104. Тонзиллэктомия противопоказана пациентам со следующей патологией

- 1) артроз коленного сустава;
- 2) **декомпенсированный тип сахарного диабета;**+
- 3) **нарушения свертываемости крови, которые могут осложняться кровотечением или тромбообразованием;**+
- 4) тимпаносклероз.

105. Тонзиллэктомия- это

- 1) **полное удаление небных миндалин вместе с капсулой (под местной анестезией или наркозом);**+
- 2) удаление мягкого неба;
- 3) удаление небных дужек;
- 4) частичное удаление небных миндалин.

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

(проверяемые компетенции ОПК-2 и ПК-3)

1. Основными группами показателей общественного здоровья являются:

- а) показатели заболеваемости, физического развития, инвалидности, естественного движения населения;
 - б) демографические показатели, показатели естественного движения населения, заболеваемости, инвалидности, физического развития;
 - в) демографические показатели, показатели заболеваемости, инвалидности, физического развития.
2. Показатель общей заболеваемости характеризует:
- а) число впервые зарегистрированных за год заболеваний;
 - б) число заболеваний, выявленных при проведении медицинских осмотров;
 - в) общее число всех имеющихся у населения болезней, как впервые выявленных, так и зарегистрированных в предыдущие годы.
3. В структуре причин инвалидности в России в настоящее время первое ранговое место принадлежит:
- а) злокачественным новообразованиям;
 - б) болезням системы кровообращения;
 - в) инфекционным и паразитарным болезням;
 - г) травмам и отравлениям;
 - д) болезням органов дыхания.
4. Обязательными условиями формирования здорового образа жизни являются все перечисленные, кроме одного:
- а) повышение эффективности диспансеризации;
 - б) рациональное индивидуальное поведение;
 - в) осуществление общегосударственных мероприятий по созданию здоровых условий жизни;
 - г) формирование установок на здоровье в обществе.
5. Выберите организации, которые подлежат лицензированию:
- а) медицинские организации, обеспечивающие программы ОМС
 - б) все без исключения медицинские организации, учреждения, предприятия
 - в) это не обязательная процедура
6. Статистическая совокупность это
- а) группа относительно однородных элементов (единиц наблюдения), взятых в единых границах времени и пространства
 - б) группа объектов, обладающих признаками сходства и различия
 - в) группа определенных признаков
 - г) группа явлений, объединенных в соответствии с целью исследования
7. Листок временной нетрудоспособности по уходу за детьми в возрасте до 18 лет при их болезни, связанной с злокачественными новообразованиями
- а) выдается на весь период амбулаторного лечения;
 - б) выдается на срок до 30 дней при амбулаторном лечении;
 - в) выдается на срок до 45 дней при совместном пребывании с ребенком в стационарных условиях;
 - г) не выдается;
 - д) выдается на весь период совместного пребывания с ребенком в стационарных условиях.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ В.А. АЛМАЗОВА»
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кафедра _____

ДНЕВНИК ПРАКТИКИ

«КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»

название практики

**по основной профессиональной образовательной программе высшего образования –
программе ординатуры**

Ф.И.О. ординатора _____

Специальность _____

Трудоемкость (согласно учебному плану)	
объем в зачетных единицах	объем в часах

Дата прохождения практики с « ____ » ____ 20 ____ г. по « ____ » ____ 20 ____ г.

Руководитель практики
ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
(кафедра _____)

Ф.И.О.

подпись

Дневник практики является основным отчетным документом учета учебного времени при прохождении практики обучающегося по программе ординатуры. В дневнике практики отражается вся выполненная обучающимся работа за каждую неделю. Дневник практики должен проверяться и подписываться:

руководителем практики от ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» – в период проведения промежуточной аттестации
руководителем практики от профильной организации – не реже 1 раза в неделю.

В конце каждого отчетного периода при прохождении промежуточной аттестации, к дневнику практики прилагается «Отчёт о выполненной работе», который оформляется обучающимся по программе ординатуры и представляет сводные данные о проделанной работе.

Руководитель практики от ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова: разрабатывает рабочий график (план) проведения практики; разрабатывает индивидуальные задания для обучающихся, выполняемые в период практики; участвует в распределении обучающихся по рабочим местам и видам работ в организации; осуществляет контроль за соблюдением сроков проведения практики и соответствием ее содержания требованиям, установленным ОПОП ВО; оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий; оценивает результаты прохождения практики обучающимися, результаты сформированности компетенций, что находит отражение в составленной им характеристике.

Руководитель практики от профильной организации: согласовывает индивидуальные задания и рабочий график (план); предоставляет рабочие места обучающимся; обеспечивает безопасные условия прохождения практики обучающимся, отвечающие санитарным правилам и требованиям охраны труда; проводит инструктаж обучающихся по ознакомлению с требованиями охраны труда, техники безопасности, пожарной безопасности, а также правилами внутреннего трудового распорядка.

Рабочий график (план) оформляется отдельно для каждой клинической базы практики, где ординатор проходит практику.

Характеристика оформляется руководителем практики от ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова в конце практики.

Индивидуальное задание

(Ф.И.О. ординатора)

по специальности _____

для прохождения практики «Клиническая практика»

№ п /п	Содержание задания	Сроки выполнения

Примечание: содержание задания (включающее перечень умений и навыков) должно соответствовать рабочей программе практики), ОПОП, ФГОС ВО, профессиональному стандарту.

Обучающийся _____

подпись

Ф.И.О.

Дата выдачи индивидуального задания: « _____ » _____ 20 ____ г.

Руководитель практики
ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России

подпись

Ф.И.О.

Отчёт о выполненной работе*

Вид деятельности*	Количество	Подпись руководителя практики от ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Обучающийся _____

подпись

Ф.И.О.

«_____» _____ 20__ г.

Примечание:

**Сводный отчет о выполненной работе заполняется в конце каждой промежуточной аттестации*

***Перечень навыков должен соответствовать рабочей программе практики.*

Индивидуальный лист формирования компетенций ординатора

ФИО _____

при прохождении практики «Клиническая практика»

№ п/п	Практические навыки, выполненные во время практики	Матрица формирования компетенций														Количество манипуляций	Итоговая оценка (зачтено/ не зачтено)	
		УК-1	УК-3	УК-4	ОПК-2	ОПК-4	ОПК-5	ОПК-6	ОПК-7	ОПК-8	ОПК-9	ОПК-10	ПК-4	ПК-5	ПК-6			
1.	Непосредственный сбор жалоб и анамнеза у пациента (его законного представителя) и анализ полученной информации	+		+	+	+									+	+		
2.	Обучение работе с медицинской документацией	+	+	+	+								+	+		+		
3.	Навык работы с персоналом структурного подразделения медицинской организации.	+	+	+	+								+	+		+		
4.																		
5.																		
6.																		
7.																		
8.																		
9.																		
10.																		
11.																		
12.																		
13.																		
14.																		
15.																		
16.																		

Руководитель практики от ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России

Подпись

ФИО

« ____ » _____ 20 ____ г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по практике «Клиническая практика»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

Общие положения

Практика ординаторов является одним из важнейших этапов подготовки.

1.1. Задачами практики являются:

- формирование профессиональной компетентности - овладение профессионально-практическими, научно-исследовательскими и профессиональными умениями, навыками, инновационными технологиями;
- развитие деловых, организаторских и личностных качеств будущего специалиста в медицинской сфере;
- закрепление, углубление и расширение теоретических знаний, умений и навыков, полученных ординаторами в процессе теоретического обучения и их закрепление путем практического применения;
- приобретение первоначального профессионального опыта - ознакомление и усвоение методологии и технологии решения профессиональных задач (проблем) в пределах действующих федеральных государственных образовательных стандартов и квалификационных характеристик должностей работников сферы здравоохранения.

Содержание и объем практики определяются программами практики.

К практике могут быть допущены ординаторы, прошедшие теоретическую подготовку согласно учебному плану, имеющие практические навыки оказания медицинской помощи гражданам, прошедшие предварительный и периодический медицинский осмотр в утвержденном порядке.

Ординаторы направляются на практику на базы практики в соответствии с приказом директора Института медицинского образования (далее ИМО) ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (далее – Центр Алмазова) или уполномоченного им лица. Также каждому ординатору на период практики утверждается руководитель практики от ИМО. На базе практики ординатору назначается руководитель практики от профильной организации. Каждому ординатору выдается путевка практиканта.

Базы практики утверждаются на основании заключенных договоров об организации практической подготовки обучающихся между университетом и медицинской организацией.

Ординатору, желающему пройти практику в определенной организации, необходимо обратиться к заведующему кафедрой, ответственной за организацию подготовки ординаторов.

Ординаторы, обучающиеся по целевым договорам, направляются на практику в соответствующие медицинские организации.

Практика ординаторов, зачисленных на обучение на условиях целевого приема, может осуществляться на базах организаций, с которыми заключены договора о целевом приеме, при условии, если с данными организациями подписаны договора об организации практической подготовки обучающихся, или на базах других организаций, с которыми заключены договора об организации практической подготовки обучающихся. Профиль осуществляемой деятельности указанных баз прохождения практики должен соответствовать направлению практической подготовки ординатора.

Если ординатор-целевик отправляется в другие организации необходимо письменное согласие из организации, с которой заключен целевой договор.

В порядке исключения, при наличии достаточного основания, возможно изменение базы практики. Для этого необходимо заявление ординатора на имя директора ИМО.

До начала прохождения практики в установленные учебным планом сроки ординатор обязан:

- ознакомиться с программой практики на ответственной кафедре или на официальном сайте ИМО;
- пройти необходимое медицинское обследование;
- получить допуск к практике на кафедре, сдав практические навыки и умения в рамках программы симуляционного курса.

Во время практики ординаторы обязаны:

- своевременно выполнять индивидуальные задания, предусмотренные программой практики и требованиями принимающей организацией практики;
- подчиняться правилам внутреннего трудового распорядка базы практики; соблюдать требования охраны труда и пожарной безопасности;
- проявлять инициативу в решении поставленных по практике задач и применять полученные теоретические знания и навыки;
- подчиняться требованиям руководителя практики и администрации базы практики по выполнению программы практики.

По окончании практики ординатор обязан представить на ответственную кафедру дневник ординатора, подписанный уполномоченными лицами в установленном порядке.

Ординаторы имеют право:

- вносить предложения по совершенствованию организации практики;
- по всем вопросам, возникающим в процессе прохождения практики, обращаться в сектор по работе с ординаторами, к руководителю практики ИМО и руководителю практики от профильной организации.

С момента выхода ординаторов в период практики на рабочие места на них распространяются правила охраны труда, техники безопасности и правила внутреннего распорядка, действующие на базе практики.

При наличии в организации вакантной должности, работа на которой соответствует требованиям к содержанию практики, с ординатором может быть заключен срочный трудовой договор о замещении такой должности.

Ординаторы, совмещающие обучение с трудовой деятельностью, вправе проходить производственную практику по месту трудовой деятельности в случаях, если профессиональная деятельность, осуществляемая ими, соответствует требованиям к содержанию практики.

Прохождение практики завершается итоговым контролем в форме зачета. При проведении зачета проверяются знания в объеме программы практики. Основным условием для допуска к зачету является полное выполнение программы практики, наличие оформленного и заверенного дневника.

Ординаторы, не выполнившие программу практики по уважительной причине, направляются на практику повторно по индивидуальному графику обучения. Ординаторы, не выполнившие программу практики по неуважительной причине или получившие отрицательную оценку, могут быть отчислены из ИМО как имеющие академическую задолженность.

Зачет по практике приравнивается к оценкам (зачетам) по теоретическому обучению и учитывается при подведении итогов общей успеваемости ординаторов.

Практика ординаторов ИМО является составной частью основной профессиональной образовательной программы высшего образования. Общая продолжительность, виды практики и компетенции, приобретаемые в ходе практики, определяются ФГОС ВО.

1.2. Основная цель практики - закрепление теоретических знаний, развитие практических умений и навыков, полученных в процессе обучения и формирование профессиональных компетенций врача-специалиста, т.е. приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач. При реализации программы подготовки ординаторов предусматривается производственная (клиническая) практика.

1.3. При реализации программы ординатуры производственная практика может включать в себя: рассредоточенную и концентрированную практику (дискретно или непрерывно в зависимости от календарного учебного графика).

Рассредоточенная практика направлена на формирование у обучающегося общих и профессиональных компетенций, приобретение практического опыта.

Концентрированная практика направлена на углубление первоначального

практического опыта обучающегося, развитие общих и профессиональных компетенций, проверку его готовности к самостоятельной трудовой деятельности в медицинских организациях.

1.4. Способы проведения практики: стационарная, выездная.

Стационарной является практика, которая проводится в Центре Алмазова либо в организации, расположенной на территории г. Санкт-Петербурга.

Выездной является практика, которая проводится вне г. Санкт-Петербурга.

1.5. Программа практики включает в себя:

- цели практики;
- задачи практики;
- указание вида практики, способа и формы ее проведения, место проведения;
- компетенции обучающегося, формируемые в результате прохождения практики;
- структуру, содержание, объем и продолжительность практики;
- указание места практики в структуре образовательной программы;
- перечень планируемых результатов обучения при прохождении практики, соотношенных с результатами освоения образовательной программы;
- формы отчетности по практике;
- описание видов оценочных средств и образцы оценочных средств для проведения промежуточной аттестации по практике;
- учебно-методическое и информационное обеспечение практики;
- перечень ресурсов сети «Интернет»;
- материально-техническое обеспечение практики.

Шаблоны программ практик для разработки находятся в отделе ординатуры.

1.7. Практика для ординаторов с ограниченными возможностями здоровья и инвалидов проводится с учетом особенностей их психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья.

2. Организация практической подготовки обучающихся по программам ординатуры

2.1. Практика организуется в образовательных и научных организациях, осуществляющих медицинскую деятельность или фармацевтическую деятельность (клиники), в медицинских организациях, в том числе медицинских организациях, в которых располагаются структурные подразделения образовательных и научных организаций (клиническая база), в организациях, осуществляющих производство лекарственных средств, организациях, осуществляющих производство и изготовление медицинских изделий, аптечных организациях, судебно-экспертных учреждениях и иных организациях, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья граждан в Российской Федерации (далее - организации), имеющих лицензию на медицинскую деятельность и (или) фармацевтическую деятельность, предусматривающую выполнение работ (оказание услуг), соответствующих видам работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и предусмотренных образовательной программой.

2.2. ИМО самостоятельно распределяет ординаторов к местам прохождения практики. Практическая подготовка ординаторов, зачисленных в соответствии с договором о целевом приеме, проводится в соответствии с вышеуказанным договором.

2.3. Организация практической подготовки ординаторов осуществляется на основании договора, заключенного между ИМО и медицинской организацией или иной организацией (далее - организацией), осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья.

2.4. Для руководства практикой ординаторов от ИМО приказом директора ИМО по представлению заведующего кафедрой назначается руководитель практики на кафедре.

2.5. Кафедра обеспечивает:

- разработку программ практик;

- формирование предложения в отдел ординатуры по назначению руководителей практики от Университета (кандидатура руководителя утверждается на заседании кафедры, по не более одного руководителя на один вид практики).

2.6. К участию к практике в оказании медицинской помощи гражданам допускаются ординаторы:

- успешно прошедшие необходимую теоретическую подготовку;
- имеющие практические навыки участия в оказании медицинской помощи гражданам, в том числе приобретенные на моделях (симуляторах) профессиональной деятельности;
- прошедшие предварительные и периодические медицинские осмотры в соответствии с требованиями.

Участие ординаторов в оказании медицинской помощи гражданам осуществляется при согласии пациентов или их законных представителей и соблюдении медицинской этики.

Участие педагогических работников Центра Алмазова в осуществлении медицинской деятельности в рамках практической подготовки ординаторов осуществляется в соответствии с законодательством.

Во время прохождения практики на ординаторов распространяются требования трудового кодекса РФ, правила охраны труда и правила внутреннего распорядка, действующие в организации.

Практика на базе государственных и муниципальных организаций, осуществляющих деятельность в сфере охраны здоровья, организуется на безвозмездной основе.

Отчетным документом ординатора по практической подготовке является отчет ординатора, форма и содержание определены программой практики.

Для руководства практикой от организации назначается руководитель из числа работников организации. При наличии в организации вакантной должности, работа на которой соответствует требованиям к содержанию практики, с ординатором может быть заключен срочный трудовой договор о замещении такой должности.

Направление на практику оформляется распорядительным актом директора ИМО или иного уполномоченного им должностного лица с указанием закрепления каждого ординатора за организацией, а также с указанием вида и срока прохождения практики.

Ординаторы, совмещающие обучение с трудовой деятельностью, вправе проходить производственную практику по месту трудовой деятельности в случаях, если профессиональная деятельность, осуществляемая ими, соответствует требованиям к содержанию практики.

3. Обязанности, ответственность и контроль

ИМО, клиника, клинические базы и иные организации, осуществляющие деятельность в сфере охраны здоровья граждан, совместно создают условия для участия обучающихся в оказании медицинской помощи гражданам.

Обязанности по обеспечению безопасных условий труда ординаторов, участвующих в оказании медицинской помощи гражданам, возлагаются на руководителя организации, осуществляющей деятельность в сфере охраны здоровья.

3.1. Контроль за участием обучающихся в оказании медицинской помощи гражданам осуществляют:

- сотрудники ИМО, назначенные из числа педагогических работников, которые несут ответственность за проведение практической подготовки обучающихся;
- сотрудники, назначенные руководителем соответствующей организации, ответственные за организацию и проведение практической подготовки ординаторов.

3.2. Организация, в которой ординаторы участвуют в оказании медицинской помощи гражданам, должна оказывать содействие в максимальном формировании, закреплении,

развитии практических навыков и соответствующих компетенций у ординаторов в процессе выполнения определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью.

3.3. Руководитель практики от организации:

- согласовывает индивидуальные задания, содержание и планируемые результаты практики;
- предоставляет рабочие места обучающимся;
- обеспечивает безопасные условия прохождения практики обучающимся, отвечающие санитарным правилам и требованиям охраны труда;
- проводит инструктаж обучающихся по ознакомлению с требованиями охраны труда, техники безопасности, пожарной безопасности, а также правилами внутреннего трудового распорядка;
- совместно с руководителем практики от ИМО составляется совместный рабочий график (план) проведения практики.

3.4. Руководитель практики от ИМО:

- составляет график (план) проведения практики;
- устанавливает сроки прохождения практики;
- разрабатывает индивидуальные задания для ординаторов, выполняемые в период практики;
- несет ответственность за проведение практик ординаторов, обучающихся по программам ординатуры, реализуемых на кафедре;
- обеспечивает своевременность поступления в отдел ординатуры ведомостей промежуточных аттестаций по итогам практики;
- устанавливает связь с руководителями практики от организации и совместно с ними составляет план-график мероприятий по контролю за проведением практики;
- составляет списки распределения ординаторов по местам прохождения практики и видам практики;
- несёт ответственность совместно с руководителем практики от организации за проведение практики и соблюдение ординаторами правил пожарной безопасности, правил охраны труда, техники безопасности и санитарно-эпидемиологических и гигиенических нормативов на базе;
- проводит с ординаторами организационное собрание, на котором осуществляет распределение их по базам практики и видам работ, обеспечивает их программой (методическими материалами) практики, проводит инструктаж по прохождению практики на базе;
- принимает участие в информировании ординаторов о сроках и формах прохождения медицинского осмотра студентов перед прохождением практики;
- осуществляет контроль наличия оформленных в соответствующем порядке медицинских книжек перед началом практики;
- осуществляет контроль над соблюдением сроков практики и выполнением ординаторами программы практики:
- оценивает результаты прохождения практики.

3.5. Во время практики ординатор обязан:

- своевременно прибыть к месту прохождения практической подготовки;
- осуществлять медицинскую деятельность под контролем непосредственного руководителя;
- своевременно выполнять все виды работ, предусмотренные программой проведения практики и требованиями базы практики;
- соблюдать требования охраны труда и пожарной безопасности;
- проявлять инициативу в решении поставленных по практике задач и применять полученные теоретические знания и навыки;
- вести отчет работы согласно требованиям, описанным в рабочих программах по

соответствующему виду практики;

- за соблюдение правил внутреннего трудового распорядка учреждения здравоохранения;

- за работу над повышением своего профессионального уровня;

- за соблюдение принципов медицинской этики и деонтологии;

- за ведение отчетной документации по практической подготовке (отчета о прохождении практической подготовки ординатора).

3.6. По окончании практики ординатор обязан представить отчет о прохождении практики, зачётную книжку. Документы должны быть оформлены и подписаны уполномоченными лицами в установленном порядке в соответствии с требованиями, указанными в программе практики.

3.7. Результаты прохождения практики оцениваются посредством промежуточных аттестаций, форма которых определены учебным планом путем прохождения обучающимся комплексной проверки умений и владений по практике устно с демонстрацией соответствующих умений и владений.

3.8. С момента выхода ординаторов в период практики на рабочие места на них распространяются правила охраны труда, техники безопасности и правила внутреннего распорядка, действующие на базе практики.

3.9. Основным условием для допуска к промежуточной аттестации является полное выполнение программы практики.

3.10. Промежуточная аттестация по практике проводится в период экзаменационной сессии.

3.11. Неудовлетворительные результаты промежуточной аттестации по практике или не прохождение промежуточной аттестации по практике при отсутствии уважительных причин признаются академической задолженностью.

3.12. Ликвидация академической задолженности по практике разрешается не более двух раз в сроки, установленные приказом директора ИМО, в пределах одного года с момента образования академической задолженности. В указанные сроки не включаются время болезни обучающегося, нахождения его в академическом отпуске, отпуске по беременности и родам, отпуске по уходу за ребенком.

3.13. Ординаторы, не ликвидировавшие в установленные сроки академическую задолженность, отчисляются из ИМО, как не выполнившие обязанности по добросовестному освоению образовательной программы (части образовательной программы) и выполнению учебного плана (индивидуального учебного плана).

3.14. Результаты промежуточной аттестации по практике учитываются при назначении государственной стипендии ординаторам.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По практике	ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС (наименование практики)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (название направленности)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1,2
Занятия семинарского типа	108 час.
Всего аудиторной работы	108 час.
Форма промежуточной аттестации	зачет/зачет/зачет
Общая трудоемкость практики	108/3(час./зач. ед.)

Рабочая программа практики «Обучающий симуляционный курс» разработана в соответствии с:

– Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 99 от 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;

– Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;

– учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;

– локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Соловьева Анна Михайловна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Рипп Евгений Германович	к.м.н., доцент	Зав. Акредитационно-симуляционным центром	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3	Коненкова Нина Валерьевна	–	Специалист по учебно-методической работе Акредитационно-симуляционного центра	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4	Петрова Наталья Николаевна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа практики «Обучающий симуляционный курс» рассмотрена и обсуждена на заседании Акредитационно-симуляционного центра и на заседании стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023.

Пояснительная записка к рабочей программе практики

Рабочая программа практики «Обучающий симуляционный курс» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология, с учётом профессионального стандарта и трудовыми функциями, сферами и видами будущей профессиональной деятельности врача-оториноларинголога (профессиональный стандарт "Врач-оториноларинголог", утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 04 августа 2017 г. № 612н).

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ПРАКТИКИ

Цель изучения практики:

Целью изучения практики «Обучающий симуляционный курс» является подготовка высококвалифицированного врача-оториноларинголога, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного к организации оказания медицинской помощи в условиях первичной медико-санитарной; неотложной, а также специализированной, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи.

Задачи изучения практики:

- сформировать готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и управление командой в критической ситуации (CRM);
- сформировать умение оказывать медицинскую помощь пациентам в экстренной и неотложной формах;
- освоить и применять алгоритм осмотра пациента в критическом состоянии (ABCDE);
- сформировать умение проводить базовую сердечно-легочную реанимацию при внезапной остановке кровообращения;
- освоить и применять алгоритм расширенных реанимационных мероприятий в зависимости от регистрируемого сердечного ритма;
- освоить и применять методы восстановления и поддержания проходимости дыхательных путей и искусственной вентиляции легких;
- освоить и применять алгоритмы диагностики и лечения шоков. Умение оценить и интерпретировать данные физикальных, лабораторных и инструментальных исследований;
- освоить и применять алгоритмы диагностики, экстренной и неотложной медицинской помощи при острой дыхательной недостаточности;
- сформировать умения проведения диагностики заболеваний сердечно-сосудистой системы, мониторинга и терапии острого коронарного синдрома, кардиогенного шока, отека легких и жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма;
- приобрести знания и навыки по оказанию первой врачебной помощи при возникновении неотложных состояний в оториноларингологии;
- приобрести знания и навыки по оценке тяжести течения патологического процесса и определению показаний для госпитализации пациентов с заболеваниями полости носа и околоносовых пазух, глотки, гортани, уха, а также слухового и вестибулярного анализаторов

2. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Практика «Обучающий симуляционный курс» относится к обязательной части Блока 2. «Практики» учебного плана по специальности 31.08.58 Оториноларингология «Практики» и проводится на первом и втором годах обучения. Теоретической основой для освоения практики «Обучающий симуляционный курс» являются дисциплины учебного плана подготовки ординаторов по специальности 31.08.58 Оториноларингология с учётом профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог».

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

Изучение данной практики направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК), общепрофессиональных (ОПК):

Универсальные компетенции УК-1.

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Знания: - методы системного анализа и синтеза	Для текущего контроля: АУ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, АУ
			Умения: - находить и обрабатывать и передавать информацию, анализировать и прогнозировать причинно-следственные связи предметов и процессов	Для текущего контроля: АУ, КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ

**Оценочные средства: ТЗ-тестовые задания, АУ- алгоритмы умений, КВ – контрольные вопросы, ПН- практические навыки*

Общепрофессиональные компетенции – ОПК-10.

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование общепрофессиональных компетенций	Индикаторы достижения общепрофессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства	ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояние, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме	Знания: - алгоритмы диагностики критических состояний пациента, требующих проведения реанимационных мероприятий	Для текущего контроля: АУ, ТЗ, КВ, ПН Для промежуточной аттестации: АУ, ТЗ, КВ, ПН
			Умения: - грамотно собрать анамнестические данные, назначить необходимые экстренные диагностические манипуляции, включая мониторинг витальных функций;	Для текущего контроля: АУ Для промежуточной аттестации: АУ

			- диагностировать критические состояния неэффективного дыхания и кровообращения у пациента, требующие проведения реанимационных мероприятий	
		ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)	Знания: - алгоритм проведения реанимационных мероприятий пациента в критическом состоянии Умения: - обеспечить начальные шаги стабилизации пациента; - провести вентиляцию через лицевую маску; - оценить эффективность проводимой искусственной вентиляции через лицевую маску; - провести интубацию трахеи; - провести непрямой массаж сердца; - оценивать динамику состояния пациента	Для текущего контроля: АУ Для промежуточной аттестации: АУ

**Оценочные средства: ТЗ-тестовые задания, АУ- алгоритмы умений, КВ – контрольные вопросы, ПН- практические навыки*

Профессиональные компетенции– ПК-4

Область Сфера профессиональной деятельности	Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Код и наименование индикатора достижения профессиональной компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценки и оценочное средство
Здравоохранение в сфере оториноларингологии	Медицинская деятельность	ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза	ПК-4.5. Определяет медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	Умения: - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания - интерпретировать и анализировать полученную информацию - оценивать анатомо-функциональное состояние органов уха, горла, нос Знания: - методика осмотра и обследования пациентов заболеваниями и (или) состояниями органов: уха, горла, носа - неотложные методы лабораторных исследований и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации	Для текущего контроля: ТЗ, КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, ПН
			ПК-4.6. Выявляет симптомы и синдромы осложнений, побочных действий,	Умения: - обосновывать и планировать объем инструментального и лабораторного обследования пациентов с	Для текущего контроля: ТЗ, КВ, ПН

			<p>нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа</p>	<p>заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи</p> <p>Знания:</p> <ul style="list-style-type: none"> - методы лабораторных исследований и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов у пациентов заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа - симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате лабораторных исследований и инструментальных обследований у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа 	<p>Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, ПН</p>
--	--	--	--	--	---

Оценочные средства: ТЗ-тестовые задания, АУ- алгоритмы умений, КВ – контрольные вопросы, ПН- практические навыки

4. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем практики в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1, 2
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	108	108
Из них:		
Занятия семинарского типа	108	108
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)		
Промежуточная аттестация – зачет/зачет/зачет	-	-
Общая трудоемкость практики	108	108
часы	3	3
зач. ед.	3	3
Из них на практическую подготовку	108	108

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

4.2. Содержание практики, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов практики	Контактная работа, академ. час.	Из них на практическую подготовку в % либо в час.*
	Занятия семинарского типа	
Курс 1. Промежуточная аттестация №1		
Раздел 1. Неотложная помощь (общеврачебные навыки)	36	100%
Курс 2. Промежуточная аттестация №4		
Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь	36	100%
Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки	36	100%
ИТОГО	108	108

4.3 Тематический план занятий семинарского типа – практические занятия

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП ** (% или час.)	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1 Промежуточная аттестация № 1							
Общеврачебные навыки 72 час.							
Раздел 1. Неотложная помощь (общеврачебные навыки)							
Тема 1.	Практическое занятие	Общеврачебные навыки: методы восстановления проходимости дыхательных путей; кислородотерапия; инъекции, инфузии; катетеризации, зондирование и дренирования у пациентов разных возрастных групп. Подготовка к работе и использование медицинского оборудования (перфузоров, аспираторов и т.д.) Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя. Виды симуляторов: тренажеры, манекены, симуляторы для восстановления проходимости дыхательных путей; инъекции, инфузии; катетеризации, зондирования и дренирования у пациентов разных возрастных групп. Медицинские приборы и оборудование.	6	6	Общеврачебные навыки: методы восстановления проходимости дыхательных путей; кислородотерапия; инъекции, инфузии; катетеризации, зондирование и дренирования у пациентов разных возрастных групп. Подготовка к работе и использование медицинского оборудования (перфузоров, аспираторов и т.д.) Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя. Виды симуляторов: тренажеры, манекены, симуляторы для восстановления проходимости дыхательных путей; инъекции, инфузии; катетеризации, зондирования и дренирования у пациентов разных возрастных групп. Медицинские приборы и оборудование.	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ
Тема 2.	Практическое занятие	Алгоритм осмотра пациента в критическом состоянии (ABCDE). Организация медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и управление командой в критической ситуации (CRM). Структурированная коммуникационная модель (SBAR).	6	6	Применение алгоритма осмотра пациента ABCDE. Выявление и коррекция жизнеугрожающих состояний. Мониторинг витальных функций, лечебная тактика. Управление командой в критической ситуации (CRM). Структурированная коммуникационная модель (SBAR). Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя. Виды симуляторов: многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики,	ОПК-10.1. УК-1.1.	АУ

Тема 3.	Практическое занятие	Экстренная медицинская помощь при внезапной смерти – расширенная СЛП (ALS)	6	6	<p>принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.</p> <p>Обеспечение безопасности, оценка уровня сознания, дыхания, кровообращения. Алгоритм принятия решения. Базовая СЛП (BLS) у пациентов разных возрастных групп. Комплекс расширенных реанимационных мероприятий (ALS).</p> <p>Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя</p> <p>Виды симуляторов: многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.</p>	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ
Тема 4.	Практическое занятие	Диагностика и экстренная медицинская помощь при шоке	6	6	<p>Алгоритмы диагностики и лечения шоков. Работа с мониторами витальных функций. Оценка и интерпретация данных физикальных, лабораторных и инструментальных исследований.</p> <p>Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя</p> <p>Виды симуляторов: многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.</p>	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ
Тема 5.	Практическое занятие	Диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы	6	6	<p>Диагностика, мониторинг и терапия заболеваний сердечно-сосудистой системы. Оценка и интерпретация данных физикальных и инструментальных исследований.</p> <p>Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя</p> <p>Виды симуляторов: многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации</p>	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ

					клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.		
Тема 6.	Практическое занятие	Итоговая аттестация	6	6	Демонстрация приобретенных практических навыков: восстановление проходимости дыхательных путей; применение алгоритма осмотра пациента ABCDE; базовая СЛР (BLS) у пациентов разных возрастных групп; комплекс расширенных реанимационных мероприятий (ALS); алгоритмы диагностики и лечения шоков. Виды симуляторов: многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.	ОПК-10.1. ОПК-10.2. УК-1.1.	Зачет ТЗ, АУ
Всего за раздел 1			36				
Курс 2 Промежуточная аттестация № 4							
Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь							
Тема 1.	Практическое занятие	Жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма. Расширенные реанимационные мероприятия в особых условиях.	6	6	Алгоритм принятия решения. Алгоритмы оказания экстренной и неотложной помощи в зависимости от регистрируемого сердечного ритма. Расширенные реанимационные мероприятия в особых условиях – после кардиохирургических вмешательств, гипотермии, во время беременности. Многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ
Тема 2.	Практическое занятие	Диагностика и лечение неотложных состояний при заболеваниях дыхательной системы	6	6	Диагностика острых нарушений, восстановление и поддержание проходимости верхних дыхательных путей. ИВЛ простейшими методами и портативными аппаратами. Оксигенотерапия. Мониторинг. Экстренная медицинская помощь при пневмонии, острой бронхиальной обструкции, некардиогенном отеке легких. Многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ

					медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде		
Тема 3.	Практическое занятие	Диагностика и лечение шока	6	6	Алгоритмы диагностики и лечения шоков. Анафилактический, гиповолемический, обструктивный (ТЭЛА, напряженный пневмоторакс) и септический шок Работа с мониторами витальных функций. Оценка и интерпретация данных физикальных, лабораторных и инструментальных исследований. Многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ
Тема 4.	Практическое занятие	Диагностика и лечение неотложных состояний при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.	6	6	Диагностика, мониторинг и терапия острого коронарного синдрома, кардиогенного шока, отека легких, жизнеугрожающих нарушений сердечного ритма. Многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде	ОПК-10.1. ОПК-10.2.	АУ
Тема 5.	Практическое занятие	ОСКЭ	6	6	Отработка практико-ориентированного этапа, оценка практических навыков в симулированных условиях в соответствии со станциями ОСКЭ. Многофункциональные, мобильные, дистанционные манекены и роботы-симуляторы пациента с искусственным интеллектом, возможностью использования реального медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде	УК-1.1. ОПК-10.1. ОПК-10.2.	Зачет ТЗ, АУ
Всего за раздел 3			36	36			
Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки							
Тема 1.	Практическое занятие	Общий осмотр пациентов заболеваниями и (или)	6	6	Проведение стандартного оториноларингологического обследования	УК-1, ОПК-10.1, ПК-4.5, ПК-4.6	ТЗ, КВ, ПН

		состояниями уха, горла, носа			Осмотр уха с помощью воронки Зигле Осмотр носовой полости с применением жесткого эндоскопа Осмотр носовой полости, носоглотки и гортани с применением риноларингофиброскопа		
Тема 2.	Практическое занятие	Дифференциальная диагностика стенозов гортани и трахеи.	6	6	Клиника стеноза гортани и трахеи. Дифференциальная диагностика. Трахеостомия, инструменты, методика проведения.	ПК-4.5, ПК-4.6	ТЗ, КВ, ПН
Тема 3.	Практическое занятие	Лечебные и диагностические манипуляции с ухом	6	6	Продувание слуховых труб по Политцеру Катетеризация слуховой трубы с помощью ушного катетера (канюля Гартмана)	ПК-4.5, ПК-4.6	ТЗ, КВ, ПН
Тема 4.	Практическое занятие	Травмы носа и носовые кровотечения. ПХО ран. Методы остановки носовых кровотечений.	6	6	Виды травм носа и носовых кровотечений. Первичная хирургическая обработка, принципы. Методы остановки носовых кровотечений.	ПК-4.5, ПК-4.6	ТЗ, КВ, ПН
Тема 5.	Практическое занятие	Пункция верхнечелюстной пазухи и парацентез барабанной перепонки	6	6	Изучение методики проведения пункции верхнечелюстной пазухи и парацентеза барабанной перепонки.	ПК-4.5, ПК-4.6	ТЗ, КВ, ПН
Тема 6.	Практическое занятие	Инородные тела верхних дыхательных путей и уха.	6	6	Классификация инородных тел. Удаление инородного тела уха Удаление инородного тела носа Инструментальное удаление инородного тела гортани	ПК-4.5, ПК-4.6	ТЗ, КВ, ПН
Всего за раздел 3			36	36			
ИТОГО			108	108			

**Оценочные средства: АУ-алгоритмы умений, ТЗ - тестовые задания, КВ-контрольные вопросы, ПН – практические навыки*

Образовательные технологии, используемые при изучении практики:

1. Технологии модульного обучения
2. Технологии активного обучения (инновационные)

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела практики	Общее количество оценочных средств			
		ТЗ	АУ (Чек-листы)	ПН	КВ
Текущий контроль	Раздел 1. Общеврачебные навыки и экстренная медицинская помощь	122	13	-	-
	Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь	210	11	-	-
	Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки	-	6	10	10
ИТОГО		332	30		

ТЗ – тестовые задания, АУ - алгоритмы умений, КВ- контрольные вопросы, ПН- практические навыки

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по практике при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-1.1	АУ, КВ, ТЗ
ОПК-10.1	АУ, КВ, ТЗ
ОПК-10.2	АУ
ПК-4.5	КВ, ТЗ, ПН
ПК-4.6	КВ, ТЗ, ПН

ТЗ – тестовые задания, АУ-алгоритмы умений

5.2. Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по практике – зачет

Выполнение тестовых заданий:

- менее 70% правильных ответов – «не зачтено»
- 71-100% правильных ответов – «зачтено»

Выполнение практических навыков:

- выполнено менее 70% пунктов из чек-листа – «не зачтено»
- выполнено 71-100% пунктов из чек-листа – «зачтено»

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые индикаторы компетенций
Промежуточная аттестация № 1. Раздел 1.	Тестовые задания	ТЗ	УК-1.1
	Демонстрация практических навыков	АУ	ОПК-10.1, ОПК-10.2
Промежуточная аттестация № 4. Раздел 2.	Тестовые задания	ТЗ	УК-1.1
	Демонстрация практических навыков	АУ	ОПК-10.1, ОПК-10.2
Промежуточная аттестация № 4. Раздел 3.	Тестовые задания	ТЗ, КВ, ПН	УК-1.1, ОПК-10.1, ПК-4.5, ПК-4.6

Критерии оценки сформированности компетенции на текущем этапе обучения

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

5.3. Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции / индикаторы достижения компетенции
ТЗ	1. Метод графической регистрации биоэлектрической активности сердца а) Электрокардиография б) Эхокардиография в) Фонокардиография	УК-1.1
ТЗ	2. Правильная последовательность записи отведений а) Стандартные, усиленные от конечностей, грудные б) Стандартные, грудные, усиленные от конечностей в) Усиленные от конечностей, стандартные, грудные	УК-1.1
ТЗ	3. Объем дыхательного мешка Амбу для новорожденных а) 289 мл б) 600 мл в) 100 мл	УК-1.1
АУ	ЧЕК-лист №1 Физикальное обследование пациента (все сценарии) 1 Поздоровался с ребенком 2 Представился, обозначил свою роль 3 Обработал руки гигиеническим способом 4 Обработал мембраны стетофонендоскопа спиртовой салфеткой 5 Оценил пропорциональность телосложения 6 Измерил рост по правилам измерения роста у детей 7 Измерил массу тела по правилам измерения массы тела у детей 8 Оценил влажность кожных покровов 9 Оценил цвет кожных покровов 10 Оценил наличие сыпи, невусов, пятен, стрий 11 Оценил наличие акантоза, очагов гиперпигментации 12 Оценил состояние придатков кожи: ногти, волосы, наличие очагов алопеции 13 Оценил наличие роста остистых волос в андрогензависимых зонах 14 Оценил степень развития подкожно-жировой клетчатки 15 Оценил распределение подкожно-жировой клетчатки 16 Оценил наличие объемных образований в подкожно-жировой клетчатке 17 Оценил наличие периферических отеков 18 Оценил состояние лица и определил наличие стигм дисэмбриогенеза лицевой области черепа и ушных раковин 19 Определил наличие стигм дисэмбриогенеза туловища и конечностей 20 Измерил артериальное давление 21 Измерил частоту сердечных сокращений 22 Оценил тоны сердца, ритм сокращений 23 Оценил наличие и характеристику шума в сердце 24 Оценил состояние шеи	ОПК-10.1, ОПК-10.2

	<p>25 Пропальпировал щитовидную железу, оценил ее структуру</p> <p>26 Пропальпировал щитовидную железу, оценил ее объем</p> <p>27 Оценил степень развития молочных желез</p> <p>28 Верно интерпретировал степень развития молочных желез</p> <p>29 Оценил степень полового оволосения</p> <p>30 Оценил соответствие наружных половых органов полу и наличие аномалий строения</p> <p>31 Внес данные роста и массы тела в программу AnthroPlus</p> <p>32 Озвучил значение SDS роста</p> <p>33 Верно интерпретировал SDS роста</p> <p>34 Озвучил значение SDS индекса массы тела (ИМТ)</p> <p>35 Верно интерпретировал SDS ИМТ</p> <p>36 Вынес верное предварительное заключение</p>	
ТЗ	<p>1. Укажите, в каком квадранте барабанной перепонки производится парацентез:</p> <p><u>1. задненижнем;</u></p> <p>2. передненижнем;</p> <p>3. передневерхнем;</p> <p>4. задневерхнем.</p> <p>2. Укажите симптомы, характерные для II стадии острого стеноза гортани:</p> <p><u>1. затруднение дыхания в покое;</u></p> <p>2. затруднение дыхания при физической нагрузке;</p> <p>3. ринорея;</p> <p>4. дисфагия;</p> <p><u>5. стридорозное дыхание.</u></p> <p>3. Носовое кровотечение чаще бывает из слизистой:</p> <p>1. нижней носовой раковины;</p> <p>2. средней носовой раковины;</p> <p>3. верхней носовой раковины;</p> <p><u>4. перегородки носа;</u></p> <p>5. дна полости носа.</p> <p>4. Признак инородного тела в наружном слуховом проходе:</p> <p><u>1. ослабление слуха;</u></p> <p>2. мигрень;</p> <p>3. повышение температуры;</p> <p>4. сильная боль.</p> <p>5. Метод продувания слуховых труб, позволяющий ввести лекарство в барабанную полость:</p> <p>1. метод Вальсальвы;</p> <p>2. метод Политцера;</p> <p><u>3. катетеризация;</u></p> <p>4. метод Тойнби.</p>	ОПК-10.1, ПК-4.5, ПК-4.6
ПН	<p>- осмотр уха с помощью воронки Зигля,</p> <p>- осмотр носовой полости с применением жесткого эндоскопа,</p> <p>- осмотр носовой полости, носоглотки и гортани с применением риноларингофиброскопа,</p> <p>- продувание слуховых труб по Политцеру,</p> <p>- катетеризация слуховой трубы с помощью ушного катетера (канюля Гартмана)</p>	ОПК-10.1, ПК-4.5, ПК-4.6

**Оценочные средства: ТЗ-тестовые задания, АУ-алгоритмы умений (чек-листы).
ПН – практические навыки*

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике представлены в *Приложение 1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения практики

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по практике:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России <http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по практике:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)

ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)

Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)

Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed <https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>

Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения практики:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (<http://www.multitrans.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)

Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)

Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)

Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)

US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)

Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации (www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)

Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

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

Основная литература:

1. Скорая медицинская помощь: национальное руководство / под ред. С. Ф. Багненко, М. Ш. Хубутия, А. Г. Мирошниченко, И. П. Миннуллина. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970462393.html>
2. Первая помощь и медицинские знания: практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html>
3. Скорая и неотложная помощь. Общие вопросы реаниматологии: учебное пособие / А. Д. Геккиева. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460078.html>
4. Сердечно-легочная реанимация: Клинические рекомендации: Учеб. пос. для студентов. - М.: ООО «Медицинское информационное агентство», 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/498>
5. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471968.html>
6. Справочник оториноларинголога / А. С. Лопатин, А. В. Варвянская, Г. Р. Каспранская. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459270.html>
7. Трудные дыхательные пути. Как не испугаться и не ошибиться / Зайцев А. Ю., Светлов В. А., Дубровин К. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453681.html>
8. Справочник врача-оториноларинголога. / В. В. Вишняков. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461242.html>
9. Острые тонзиллиты (ангины) в практике скорой и неотложной медицинской помощи: руководство для врачей и фельдшеров / Н. Ф. Плавун, В. А. Кадышев, Л. Н. Проскурина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970468753.html>
10. Профессиональные заболевания ЛОР-органов / В. Б. Панкова, И. Н. Федина; под общ. ред. И. В. Бухтиярова, Н. А. Дайхеса. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460696.html>
11. Интенсивная терапия: национальное руководство. Т. 1.: в 2 т. / под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471906.html>
12. Интенсивная терапия: национальное руководство. Т. 2: в 2 т. / под ред. И. Б. Заболотских, Д. Н. Проценко. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471913.html>

Дополнительная литература:

1. Первая помощь / С. В. Демичев — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441664.html>
2. Медицина чрезвычайных ситуаций: учебник / Гаркави А. В., Кавалерский Г. М. [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970447192.html>
3. Медицина чрезвычайных ситуаций. Хирургия катастроф: Учебник / Г.М. Кавалерский, А.В. Гаркави. - М.: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2015. - Текст: электронный // URL:

<https://www.medlib.ru/library/library/books/2771>

4. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434475.html>

5. Организация оказания скорой медицинской помощи вне медицинской организации: метод. рек. / С. Ф. Багненко и др. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970434215.html>

6. Кашель у детей. Клиническое руководство / Г. А. Самсыгина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455326.html>

7. Острые респираторные заболевания у детей / Самсыгина Г. А. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451052.html>

8. Наружный отит: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / Г.Н. Никифорова, В.М. Свистушкин, А.Н. Савский и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36346>

9. Носовое кровотечение: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / А.Н. Славский, В.М. Свистушкин, С.В. Старостина и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36348>

10. Травмы носа: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / Ю.Ю. Русецкий, В.М. Свистушкин и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

7.1 Методические материалы по производственной практике «Обучающий симуляционный курс» для специальности 31.08.58 Оториноларингология / Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2023

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Для осуществления образовательного процесса по практике «Обучающий симуляционный курс» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных практикой.

Для проведения занятий по практике «Обучающий симуляционный курс» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами

обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Помещения, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.

Помещения, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения, позволяющими использовать симуляционные технологии, с типовыми наборами профессиональных моделей и результатов лабораторных и инструментальных исследований в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально.

Помещение для хранения и профилактического обслуживания учебного оборудования

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по практике «Обучающий симуляционный курс» соответствует требованиям ФГОС ВО - программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение практики инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы практики «Обучающий симуляционный курс» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы практики обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по практике
«ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»

Специальность ординатуры:	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач-отоларинголог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**
по практике «ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»

1. В результате изучения программы практики у обучающегося формируются следующие индикаторы достижения компетенций: **УК-1.1, ОПК-10.1, ОПК-10.2, ПК-4.**

2. **Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения практики**

Универсальная компетенции – УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1.1. Анализирует и критически оценивает достижения в области медицины и фармации, используя системный подход.	Знания: - методов системного анализа и синтеза	Демонстрация знаний области методов системного анализа	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №5) Для промежуточной аттестации: АУ (Раздел 1: № 5) ТЗ (Раздел 1: № 1) (Раздел 2: № 2) ТЗ , КВ (Раздел 3)
	Умения: - находить и обрабатывать и передавать информацию, анализировать и прогнозировать причинно-следственные связи предметов и процессов	Способность эффективно отбирать и систематизировать необходимую информацию и анализировать причинно-следственные связи предметов и процессов	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №5) Для промежуточной аттестации: АУ (Раздел 1: № 5) ТЗ (Раздел 1: № 1) (Раздел 2: № 2) ТЗ , КВ, ПН (Раздел 3)

Общепрофессиональные компетенции – ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ОПК-10.1. Проводит оценку состояния пациента и выявляет состояние, представляющие угрозу жизни пациенту, включая состояние клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека: кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме	Знания: - алгоритмов диагностики критических состояний пациента, требующих проведения реанимационных мероприятий	Демонстрация знаний алгоритма диагностики критических состояний пациента, требующих проведения реанимационных мероприятий	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №1-13) (Раздел 2: №14-24) Для промежуточной аттестации: АУ Раздел 1: №1-13) (Раздел 2: №14-24) ТЗ , КВ, ПН (Раздел 3)
	Умения: - грамотно собрать анамнестические данные, назначить необходимые экстренные диагностические манипуляции, включая	Способность эффективно собрать анамнестические данные, назначить необходимые	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №1-13) (Раздел 2: №14-24) Для промежуточной аттестации: АУ Раздел 1: №1-13)

	мониторинг витальных функций; - диагностировать критические состояния неэффективного дыхания и кровообращения у пациента, требующие проведения реанимационных мероприятий	экстренные диагностические манипуляции	(Раздел 2: №14-24)
ОПК-10.2. Оказывает медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)	Знания: - алгоритм проведения реанимационных мероприятий пациента в критическом состоянии	Демонстрация знаний алгоритма проведения реанимационных мероприятий пациента в критическом состоянии	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №1-4,6-13) (Раздел 2: №1-4,6-13) Для промежуточной аттестации: АУ (Раздел 1: №1-4,6-13) (Раздел 2: №1-4,6-13)
	Умения: - обеспечить начальные шаги стабилизации пациента; - провести вентиляцию через лицевую маску; - оценить эффективность проводимой искусственной вентиляции через лицевую маску; - провести интубацию трахеи; - провести непрямой массаж сердца; - оценивать динамику состояния пациента	Способность эффективно провести необходимые экстренные диагностические манипуляции для стабилизации пациента	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №1-4,6-13) (Раздел 2: №1-4,6-13) Для промежуточной аттестации: АУ (Раздел 1: №1-4,6-13) (Раздел 2: №1-4,6-13)

Профессиональные компетенции – ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза.

Индикаторы достижения профессиональных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-4.5. Определяет медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	Умения: - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни и заболевания - интерпретировать и анализировать полученную информацию - оценивать анатомо-функциональное состояние органов уха, горла, нос Знания: - методика осмотра и обследования пациентов заболеваниями и (или) состояниями органов: уха, горла, носа - неотложные методы лабораторных исследований и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации		Для текущего контроля: КВ, ПН (Раздел 3) Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, ПН (Раздел 3)
ПК-4.6. Выявляет симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или)	Умения: - обосновывать и планировать объем инструментального и лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи Знания:		Для текущего контроля: КВ, ТЗ, ПН (Раздел 3) Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, ПН (Раздел 3)

состояниями уха, горла, носа	- методы лабораторных исследований и инструментальных обследований для оценки состояния здоровья, медицинские показания к проведению исследований, правила интерпретации их результатов у пациентов заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа - симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе непредвиденных, возникших в результате лабораторных исследований и инструментальных обследований у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа		
------------------------------	---	--	--

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле:

Критерии оценивания при демонстрации практических навыков:

«Не зачтено» - грубое нарушение алгоритма или нарушение техники выполнения манипуляции.

«Зачтено» - демонстрация способности выполнять манипуляцию на высоком профессиональном уровне в соответствии с алгоритмом или отмечаются небольшие затруднения, увеличивающие время проведения манипуляции

4. Форма промежуточной аттестаций по практике: зачет.

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
Промежуточная аттестация 1. Раздел 1.	Тестовые задания	ТЗ	УК-1.1
	Демонстрация практических навыков	АУ	ОПК-10.1, ОПК-10.2
Промежуточная аттестация 4. Раздел 2.	Тестовые задания	ТЗ	УК-1.1
	Демонстрация практических навыков	АУ	ОПК-10.1, ОПК-10.2
Промежуточная аттестация 4. Раздел 3	Тестовые задания	ТЗ, КВ, ПН	УК-1, ОПК-10, ПК-4.5, ПК-4.6,

– Критерии оценивания заданий промежуточной аттестации:

Выполнение тестовых заданий:

- менее 70% правильных ответов – «не зачтено»
- 71-100% правильных ответов – «зачтено»

Выполнение практических навыков:

- выполнено менее 70% пунктов из чек-листа – «не зачтено»
- выполнено 71-100% пунктов из чек-листа – «зачтено»

Критерии оценки сформированности компетенции на текущем этапе обучения

– Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале
Компетенция (часть) сформирована	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания практики, его значимость в содержании практики

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

*Сокращения оценочных средств:

КВ – контрольные вопросы

ТЗ – тестовые задания

АУ-алгоритмы умений

ПН- практические навыки

Раздел 1. Экстренная помощь (Общеврачебные навыки)

№	Практические навыки	Проверяемые индикаторы компетенции
1	Общемедицинские диагностические и лечебные манипуляции	УК-1.1, ОПК-10.2.
2	Алгоритм осмотра пациента в критическом состоянии (ABCDE). Организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и управление командой в критической ситуации (CRM). Структурированная коммуникационная модель (SBAR).	ОПК-10.1
3	Экстренная медицинская помощь при внезапной смерти – расширенная СЛР (ALS)	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
4	Диагностика и экстренная медицинская помощь при шоке	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
5	Диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы	ОПК-10.1, ОПК-10.2.

Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь

№	Практические навыки	Проверяемые индикаторы компетенции
1	Жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма. Расширенные реанимационные мероприятия в особых условиях.	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
2	Диагностика и лечение неотложных состояний при заболеваниях дыхательной системы	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
3	Диагностика и лечение шока	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
4	Диагностика и лечение неотложных состояний при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.	ОПК-10.1, ОПК-10.2.
5	ОСКЭ	ОПК-10.1, ОПК-10.2, УК-1.1.

Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки

№	Практические навыки	Проверяемые индикаторы компетенции
1	Общий осмотр пациентов заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа	УК-1, ПК-4.5, ПК-4.6
2	Дифференциальная диагностика стенозов гортани и трахеи.	ПК-4.5, ПК-4.6
3	Лечебные и диагностические манипуляции с ухом	ПК-4.5, ПК-4.6
4	Травмы носа и носовые кровотечения. ПХО ран. Методы остановки носовых кровотечений.	ОПК-10, ПК-4.5, ПК-4.6
5	Пункция верхнечелюстной пазухи и парацентез барабанной перепонки	ПК-4.5, ПК-4.6
6	Инородные тела верхних дыхательных путей и уха.	ПК-4.5, ПК-4.6

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

АЛГОРИТМЫ УМЕНИЙ (компетенции: ОПК-10.1, ОПК-10.2, УК-1.1)

Раздел 1. Общеврачебные навыки и экстренная медицинская помощь

ЧЕК-лист № 1 Установка воздуховода

1	Придать пациенту положение лежа
2	Осмотреть полость рта, при необходимости санировать
3	Провести предварительную оксигенацию
4	Обработать руки на гигиеническом уровне
5	Выбрать размер воздуховода
6	Проверить целостность воздуховода
7	Увлажнить воздуховод стерильным гелем
8	Запрокинуть голову и/или открыть рот
9	Ввести воздуховод в рот
10	Повернуть воздуховод на 180°
11	Провести вентиляцию мешком Амбу
12	Провести аускультацию легких
13	Утилизировать использованные материалы, продезинфицировать оборудование
14	Обработать руки

ЧЕК-лист № 2. Установка надгортанного воздуховода

1	Положение пациента
2	Осмотреть полость рта
3	Провести предварительную оксигенацию
4	Обработать руки
5	Выбрать нужный размер
6	Проверить целостность упаковки
7	Открыть упаковку, извлечь I-gel в стерильном одноразовом лотке
8	Оценить целостность I-gel и проходимость воздуховода
9	Увлажнить поверхность I-gel стерильным гелем
10	Взять I-gel в области защитного усиления
11	Ввести воздуховод в рот, направляя его вниз твердого неба до ощущения значительного сопротивления и при этом резцы пациента, должны быть на уровне защитного усиления
12	Начать вентиляцию
13	Оценить адекватность вентиляции
14	Утилизировать использованные материалы, дезинфекция оборудования

ЧЕК-лист № 3. Установка Combitube

1	Положение пациента
2	Обработка рук
3	Осмотреть полость рта, при необходимости санировать
4	Проверить герметичность манжет Combitube
5	Увлажнить Combitube стерильным гелем
6	Ввести Combitube через ротовую полость на необходимую глубину
7	Раздуть малую пищеводную манжету воздухом
8	Раздуть большую глоточную манжету воздухом
9	Подключить мешок Амбу к синему порту и начать вентиляцию легких
9.1	Провести аускультацию легких
10.	При отсутствии дыхательных движений переключить мешок Амбу на прозрачный порт и начать вентиляцию легких

ЧЕК-лист № 4. Пульсоксиметрия

1	Вымыть руки гигиеническим способом
2	Надеть перчатки
3	Включить пульсоксиметр
4	Убедиться, что прибор прошел калибровку и самотестирование
5	Выбрать датчик в зависимости от возраста пациента и предполагаемого размещения
5.1	При использовании датчика на пальце кисти убедиться, что кожа чистая
5.2	Удалить лак с ногтей
5.3	Надеть пульсоксиметр на палец пациенту
5.4	Не использовать для размещения датчика руку с расположенной на ней манжетой для мониторинга артериального давления
6	Включить пульсоксиметр
7	Убедиться, что на экране появился устойчивый индикатор пульса пациента
8	При не устойчивом сигнале пульса или его отсутствии - выявить и устранить причину
9	Проверить включение и настройки уровней тревоги
10	Настроить уровень громкости сигнала
11	Оценить данные

ЧЕК-лист № 5. Алгоритм ABCDE

–	Сбор информации (жалобы, амбулаторная карта, история болезни, персонал, другое)
–	Осмотр ABCDE
–	1. оценка проходимости дыхательных путей
–	2. пульсоксиметрия
–	3. аускультация легких
–	4. перкуссия
–	5. ЧДД

–	6. периферический пульс
–	7. АД
–	8. аускультация сердца
–	9. ЭКГ
–	10. симптом белого пятна
–	11. цвет кожных покровов
–	12. интерпретация ЭКГ
–	13. оценить неврологический статус
–	14. оценить показатели общего состояния
–	Вызвать на помощь специалистов
–	Кислородотерапия (SpO ₂ менее 94%)
–	Придание пациенту положения Тренделенбурга
–	Придание горизонтального положения с приподнятым головным концом
–	Катетеризация периферических вен
–	Нитроспрей сублингвально
–	Аспирин 250 мг разжевать
–	Клопидогрел 300 мг per os
–	Гепарин 5000 ЕД в/в болюсно
–	Инфузия гепарина 12-18 Ед/кг/час
–	Морфин 2-4 мг в/в болюсно, как антиангинальная терапия и/или при отеке легких
–	Инфузия нитроглицерина 10 мкг/мин с повышением скорости на 5мкг/мин до купирования боли
–	Инфузия 0,9 % физиологического раствора
–	Заказать определение маркеров повреждения миокарда (КФК, МВ-КФК и тропониновый тест)
–	Заказать анализ свертывающей системы (АЧТВ), биохимический анализ (АЛТ, АСТ, креатинин, К ⁺ , Na ⁺ , глюкоза), ОАК (лейкоцитоз)
–	Заказать обзорную рентгенографию ОГК
–	Заказать ЭхоКГ
–	Определение прогноза ОКС по шкале Грейс

ЧЕК-лист № 6. ИВЛ мешком Амбу

1.	Обработать руки
2.	Надеть перчатки
3.	Выбрать подходящий размер лицевой маски
4.	Проверить целостность раздуваемой манжеты
5.	Придать правильное положение пациенту - лежа на спине
6.	Осмотреть полость рта, при необходимости санировать
7.	Запрокинуть голову пациента
8.	Взять мешок Амбу двумя руками: основание маски между I и II пальцами левой руки, а саморасправляющийся мешок в правой руке
9.	Расположить маску, так чтобы она закрывала нос и рот пациента
10.	Создать герметичность дыхательного контура немного надавив на купол маски
11.	Начать вентиляцию легких мешком Амбу с частотой - 12-16 раз в минуту, вдох должен быть короткий, а выдох – длинный (соотношение 1:2)
12.	Провести аускультацию легких
13.	Продезинфицировать оборудование

14.	Обработать руки
-----	-----------------

ЧЕК-лист № 7. Запрокидывание головы

1	Надеть перчатки
2	Положение спасателя сбоку от пострадавшего
3	Положить ладонь на лоб пациента
4	Расположить пальцы другой руки на подбородке пострадавшего
5	Выполнить одновременно два действия: умеренно надавить на лоб и разогнуть голову назад, приподняв подбородок кончиками пальцев второй руки
6	Голову зафиксировать в разогнутом положении

ЧЕК-лист № 8. Тройной прием Сафара

1	Уложить пострадавшего в положение лежа на спине
2	Надеть перчатки
3	Встать позади головы пострадавшего
4	Расположить основания кистей рук спасателя сбоку на скуловых костях пострадавшего
5	II-V пальцами обеих рук захватить нижнюю челюсть ближе к ушной раковине
6	Запрокинуть голову, слегка надавливая на скуловые кости
7	Выдвинуть нижнюю челюсть II-V пальцами обеих рук
8	Открыть рот пострадавшего, нажав на нижнюю челюсть большими пальцами

ЧЕК-лист № 9. Прием Геймлиха

1	Предупредить пациента о том, что для удаления инородного тела будете выполнять достаточно сильные толчки в живот
2	Встать за спиной пациента.
3	Плотно обхватить пациента своими руками на уровне живота.
4	Расположить сжатую в кулак руку на середине расстояния между пупком и грудиной, вторую руку положить на кулак.
5	Выполнить резкие толчкообразные движения руками, направляя их снизу вверх в сторону диафрагмы
6	Выполнить до 5 таких быстро повторяющихся движений.

ЧЕК-лист № 10. Оксигенотерапия

1	Обработать руки на гигиеническом уровне.
2	Надеть перчатки.
3	Проверить проходимость дыхательных путей, при необходимости очистить их.
4	Подсоединить источник кислорода к трубке, идущей к увлажнителю.
5	Включить регулятор подачи кислорода и повернуть его до появления пузырьков воздуха в увлажнителе.
6	Отрегулировать поток кислорода по назначению (литров/мин)
7	Надеть кислородную маску поверх носа, рта и подбородка, отрегулировать металлическую полоску на переносице, добившись ее плотного прилегания, затянуть эластичный ремешок вокруг головы

8	При использовании носовых канюль ввести вилкообразные канюли в носовые ходы пациента. Завести отведения катетера за уши пациента, затянуть под подбородком при помощи петлевого фиксатора.
---	--

ЧЕК-лист № 11. Регистрация ЭКГ

1.	Установил контакт с пациентом (<i>поздоровался, представился, обозначил свою роль</i>)
2.	Идентифицировал пациента (<i>попросил пациента представиться, назвать возраст, сверил с медицинской документацией</i>)
3.	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись по имени и отчеству
4.	Убедился, что информированное добровольное согласие на проведение манипуляции получено
5.	Убедился заранее, что есть все необходимое
6.	Обработал руки и при необходимости надел перчатки
7.	Проверил целостность и срок годности упаковки электродного геля и спиртовой салфетки
8.	Убедился, что одноразовая медицинская пеленка расстелена на кушетке
9.	Попросил пациента освободить от одежды места наложения электродов
10.	Предложил пациенту лечь на спину, положить руки вдоль туловища, ноги не скрещивать
11.	Убедился, что кабель электродов подсоединен к электрокардиографу
12.	Убедился, что электроды соединены с проводами в соответствии с цветовой маркировкой
13.	Нанес электродный гель на предполагаемые места установки электродов
14.	Наложил красный плоский электрод на внутреннюю поверхность правого предплечья
15.	Наложил желтый плоский электрод на внутреннюю поверхность левого предплечья симметрично красному
16.	Наложил зеленый плоский электрод на внутреннюю поверхность левой голени на 4-5 см выше лодыжки
17.	Наложил черный плоский электрод на внутреннюю поверхность правой голени симметрично зеленому
18.	Наложил электрод V1 в IV межреберье по правому краю грудины
19.	Наложил электрод V2 в IV межреберье по левому краю грудины
20.	Наложил электрод V4 в V межреберье по срединно-ключичной линии
21.	Наложил электрод V3 между V2 и V4
22.	Наложил электрод V5 в V межреберье по передней подмышечной линии
23.	Наложил электрод V6 в V межреберье по средней подмышечной линии
24.	Включил электрокардиограф
25.	Убедился в правильности настройки регистрации ЭКГ
26.	Осуществил запись ЭКГ, в том числе на вдохе
27.	Снял электроды с пациента после отключения электрокардиографа
28.	Предложил пациенту бумажную салфетку
29.	Обработал электроды и убрал на место их и электродный гель
30.	Обработал руки
31.	Верно заполнил форму заключения (соответственно номеру задания)

ЧЕК-лист № 12. Базовая СЛР

1	Оценить безопасность
2	Проверить реакцию (аккуратно встряхнуть и громко спросить: «С Вами все в порядке?»)
3	Позвать на помощь
4	Открыть дыхательные пути
5	Оценить дыхание в течение 10 с
6	Вызвать бригаду скорой помощи или реанимационную бригаду
7	Компрессия грудной клетки
	<ul style="list-style-type: none">• <i>положение рук – в центре грудной клетки</i>• <i>частота - не менее 100/мин (не более 120/мин)</i>• <i>глубина - не менее 5 см (не более 6)</i>• <i>полная декомпрессия грудной клетки</i>
8	Минимизировать перерывы между компрессиями (не более 5 с)
9	Счет вслух до 30
10	Выполнить 2 искусственных вдоха достаточных для подъема грудной клетки
11	Выполнять СЛР в соотношении 30:2
12	Правильная последовательность действий

ЧЕК-лист № 13. Расширенная СЛР

1	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
2	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
3	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
4	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
5	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
6	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
7	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
8	Потратил на оценку ритма не более 5 секунд
9	Правильно интерпретировал ритм
10	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
11	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
12	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
13	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
14	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
15	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
16	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
17	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
18	Через две минуты приготовился оценивать ритм
19	Дал команду «стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
20	Правильно интерпретировал ритм
21	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
22	Обеспечил введение набранного эпинефрина
23	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
24	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса

25	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
26	Вводил амидарон при отсутствии показаний

Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь

ЧЕК-лист № 14. ОКС

1.	Сбор информации (жалобы, амбулаторная карта, история болезни, персонал, другое)
2.	Осмотр ABCDE
3.	<ul style="list-style-type: none"> • оценка проходимости дыхательных путей
4.	<ul style="list-style-type: none"> • пульсоксиметрия
5.	<ul style="list-style-type: none"> • аускультация легких
6.	<ul style="list-style-type: none"> • перкуссия
7.	<ul style="list-style-type: none"> • ЧДД
8.	<ul style="list-style-type: none"> • периферический пульс
9.	<ul style="list-style-type: none"> • АД
10.	<ul style="list-style-type: none"> • аускультация сердца
11.	<ul style="list-style-type: none"> • ЭКГ
12.	<ul style="list-style-type: none"> • симптом белого пятна
13.	<ul style="list-style-type: none"> • цвет кожных покровов
14.	<ul style="list-style-type: none"> • интерпретация ЭКГ
15.	<ul style="list-style-type: none"> • оценить неврологический статус
16.	<ul style="list-style-type: none"> • оценить показатели общего состояния
17.	Вызвать на помощь специалистов
18.	Кислородотерапия (SpO ₂ менее 94%)
19.	Придание пациенту положения Тренделенбурга
20.	Придание горизонтального положения с приподнятым головным концом
21.	Катетеризация периферических вен
22.	Нитроспрей сублингвально
23.	Аспирин 250 мг разжевать
24.	Клопидогрел 300 мг per os
25.	Гепарин 5000 ЕД в/в болюсно
26.	Инфузия гепарина 12-18 Ед/кг/час
27.	Морфин 2-4 мг в/в болюсно, как антиангинальная терапия и/или при отеке легких
28.	Инфузия нитроглицерина 10 мкг/мин с повышением скорости на 5мкг/мин до купирования боли
29.	Инфузия 0,9 % физиологического раствора
30.	Заказать определение маркеров повреждения миокарда (КФК, МВ-КФК и тропониновый тест)
31.	Заказать анализ свертывающей системы (АЧТВ), биохимический анализ (АЛТ, АСТ, креатинин, К ⁺ , Na ⁺ , глюкоза), ОАК (лейкоцитоз)
32.	Заказать обзорную рентгенографию ОГК
33.	Заказать ЭхоКГ
34.	Определение прогноза ОКС по шкале Грейс

ЧЕК-лист № 15. Анализ ЭКГ

1	Оценить качество записи ЭКГ
2	Определить источник ритма
3	Подсчитать ЧСС
4	Оценить регулярность ритма (правильный или нет)
5	Определить положение электрической оси сердца.
6	Оценить ЭКГ для выявления признаков
	1. нарушений ритма
	2. нарушений проводимости
	3. гипертрофии /или перегрузки желудочков и предсердий
	4. повреждения миокарда (ишемия, острое повреждение, некрозы, рубцы)

ЧЕК-лист № 16. Шок

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Применил двойную антиагрегантную терапию
17.	Использовал верные дозировки антиагрегантов
18.	Использовал оптимальный способ введения антиагрегантов
19.	Использовал дополнительные препараты
20.	Соблюдал приоритетность введения ЛС
21.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
22.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
23.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
24.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
25.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
26.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
27.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
28.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
29.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
30.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
31.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
32.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек

33.	Правильно интерпретировал ритм
34.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
35.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
36.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
37.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
38.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
39.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
40.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
41.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
42.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
43.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
44.	Правильно интерпретировал ритм
45.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
46.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
47.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
48.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
49.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
50.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
51.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 17. Отек легких

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голени и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП

15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Применил двойную антиагрегантную терапию
17.	Использовал верные дозировки антиагрегантов
18.	Использовал оптимальный способ введения антиагрегантов
19.	Использовал дополнительные препараты
20.	Соблюдал приоритетность введения ЛС
21.	Придал возвышенное положение головному концу кровати
22.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
23.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
24.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
25.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
26.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
27.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
28.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
29.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
30.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
31.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
32.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
33.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
34.	Правильно интерпретировал ритм
35.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
36.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
37.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
38.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
39.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
40.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
41.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
42.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
43.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
44.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
45.	Правильно интерпретировал ритм
46.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
47.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
48.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
49.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
50.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
51.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
52.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 18. Анафилактический шок

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Применил адреналин
17.	Использовал верные дозировки адреналина
18.	Использовал оптимальный способ введения адреналина
19.	Использовал дополнительные препараты
20.	Соблюдал приоритетность введения ЛС
21.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
22.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
23.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
24.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
25.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
26.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
27.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
28.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
29.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
30.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
31.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма

32.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
33.	Правильно интерпретировал ритм
34.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
35.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
36.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
37.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
38.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
39.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
40.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
41.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
42.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
43.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
44.	Правильно интерпретировал ритм
45.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
46.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
47.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
48.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
49.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
50.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
51.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 19. ЖКК

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)

13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Применил инфузионную терапию
17.	Использовал верный объем и скорость введения
18.	Использовал дополнительные препараты
19.	Соблюдал приоритетность введения ЛС
20.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
21.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
22.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
23.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
24.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
25.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
26.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
27.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
28.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
29.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
30.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
31.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
32.	Правильно интерпретировал ритм
33.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
34.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
35.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
36.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
37.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
38.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
39.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
40.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
41.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
42.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
43.	Правильно интерпретировал ритм
44.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
45.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
46.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
47.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции

	желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
48.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
49.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
50.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 20. БОС

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Применил сальбутамол
17.	Использовал верную дозировку сальбутамола
18.	Использовал оптимальный способ подачи сальбутамола
19.	Использовал дополнительные препараты
20.	Соблюдал приоритетность введения ЛС
21.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
22.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
23.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
24.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
25.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
26.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
27.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
28.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
29.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
30.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий

31.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
32.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
33.	Правильно интерпретировал ритм
34.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
35.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
36.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
37.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
38.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
39.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
40.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
41.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
42.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
43.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
44.	Правильно интерпретировал ритм
45.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
46.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
47.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
48.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
49.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
50.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
51.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 21. ТЭЛА

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)

13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Применил гепарин
17.	Использовал верную дозировку гепарина
18.	Использовал оптимальный способ введения гепарина
19.	Использовал дополнительные препараты
20.	Соблюдал приоритетность введения ЛС
21.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
22.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
23.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
24.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
25.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
26.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
27.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
28.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
29.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
30.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
31.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
32.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
33.	Правильно интерпретировал ритм
34.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
35.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
36.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
37.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
38.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
39.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
40.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
41.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
42.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
43.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
44.	Правильно интерпретировал ритм
45.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
46.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
47.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
48.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса

49.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
50.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
51.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 22. Пневмоторакс

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Верно выполнил пункцию плевральной полости
17.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
18.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
19.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
20.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
21.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
22.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
23.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
24.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
25.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
26.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
27.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
28.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
29.	Правильно интерпретировал ритм
30.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию

31.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
32.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
33.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
34.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
35.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
36.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
37.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
38.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
39.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
40.	Правильно интерпретировал ритм
41.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
42.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
43.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
44.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
45.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
46.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
47.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 23. Гипогликемия

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание
3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Применил инфузионную терапию

17.	Использовал верный объем и скорость введения
18.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
19.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
20.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
21.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
При остановке кровообращения	
22.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
23.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
24.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
25.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
26.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
27.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
28.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
29.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
30.	Правильно интерпретировал ритм
31.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
32.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
33.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
34.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
35.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод
36.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
37.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
38.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
39.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
40.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
41.	Правильно интерпретировал ритм
42.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
43.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
44.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
45.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
46.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
47.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
48.	Благоприятное заключение эксперта

ЧЕК-лист № 24. ОНМК

1.	Убедился в отсутствии опасности для себя и пострадавшего (осмотрелся, жест безопасности)
2.	Оценил сознание

3.	Обеспечил наличие укладки, а также позвал помощника(ов)
4.	Надел перчатки и предложил помощнику их надеть
5.	А - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	В - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	С - Правильно и полно оценил деятельность сердечно-сосудистой системы (оценка периферического пульса, измерение АД, аускультация сердца, снятие ЭКГ, забор крови, проверка симптома белого пятна, оценка цвета кожных покровов)
9.	Обеспечил внутривенный доступ
10.	Верно наложил электроды
11.	Правильно интерпретировал ЭКГ
12.	Д - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	Е - Правильно и полно оценил показатели общего состояния (пальпация живота, пальпация пульса на бедренных артериях, осмотр спины, голеней и стоп, измерение температуры тела, ректальное исследование по показаниям)
14.	Правильно вызвал СМП
15.	Правильно установил диагноз и сообщил о нем при вызове СМП
16.	Использовал верную дозировку и оптимальный способ введения ЛС
17.	Придал возвышенное положение головному концу кровати
18.	Соблюдал последовательность ABCDE-осмотра
19.	Предпринял попытку повторного ABCDE-осмотра
20.	Использовал только показанные лекарственные препараты (не применял нашатырный спирт и др.)
21.	Комментировал свои действия вслух (применял навык, обеспечивающий работу в команде)
	При остановке кровообращения
22.	Громко обратился к пациенту: «Вы меня слышите?»
23.	Определил наличие дыхания (по методике «слышу, вижу, ощущаю»)
24.	Дал команду или самостоятельно начал компрессии грудной клетки
25.	Обеспечил подключение источника кислорода к дыхательному мешку
26.	Начал искусственную вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом в соотношении компрессии: вентиляция 30:2 или дал команду
27.	Убедился, что электроды монитора подключены, при этом не прерывая компрессий
28.	Прервал компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком для оценки ритма
29.	Потратил на оценку ритма не более 5 сек
30.	Правильно интерпретировал ритм
31.	Безопасно осуществил показанную дефибрилляцию
32.	Незамедлительно провел показанную дефибрилляцию
33.	Не проводил оценку показателей жизнедеятельности сразу после дефибрилляции
34.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
35.	Правильно использовал орофарингеальный воздуховод

36.	Дал команду или самостоятельно использовал устройство контроля качества проведения непрямого массажа сердца
37.	Обеспечил подготовку шприца с эпинефрином (1 мл 0,1% раствора)
38.	Обеспечил подготовку шприца с 20 мл кристаллоидного раствора
39.	Через две минуты приготовился оценивать ритм
40.	Дал команду «Стоп компрессии» (спустя 2 минуты)
41.	Правильно интерпретировал ритм
42.	Дал команду или самостоятельно продолжил компрессии грудной клетки и вентиляцию легких дыхательным мешком с подключенным кислородом, в соотношении компрессии: вентиляция 30:2
43.	Обеспечил введение набранного эпинефрина
44.	Обеспечил промывание вены 20 мл кристаллоидного раствора
45.	Использовал дефибриллятор только при развитии фибрилляции желудочков или желудочковой тахикардии без пульса
46.	Вводил эпинефрин только по показаниям (развитие асистолии)
47.	Вводил амиодарон при отсутствии показаний
48.	Благоприятное заключение эксперта

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Раздел 1. Общеврачебные навыки и экстренная медицинская помощь

Тестовое задание № 1

№	Формулировка вопроса	Варианты ответа
1	Метод графической регистрации биоэлектрической активности сердца	Электрокардиография
		Эхокардиография
		Фонокардиография
2	Электродные контактные среды используют для	увеличения электропроводности
		прочного прикрепления электродов к коже
		дезинфекции электродов
3	Грудные электроды V1-V2 располагаются в	4-м межреберье
		3-м межреберье
		2-м межреберье
4	Грудной электрод V4 располагается по левой срединно-ключичной линии в	5-м межреберье
		4-м межреберье
		6-м межреберье
5	Стандартная амплитуда милливольты составляет	10мм
		15мм
		5 мм
6	В каждом отведении необходимо записать сердечных циклов не менее	5
		2
		10.дек
7	Правильная последовательность записи отведений	Стандартные, усиленные от конечностей, грудные
		Стандартные, грудные, усиленные от конечностей
		Усиленные от конечностей, стандартные, грудные
8	Информированное согласие включает	Информацию о процедуре, согласие пациента
		Согласие пациента, разрешение на процедуру
9	На ЭКГ систолу предсердий отражает	зубец Р

		интервал от конца зубца Т до начала зубца Р
		комплекс Q RST
10	На ЭКГ атриовентрикулярное проведение отражает	интервал P-Q(R)
		комплекс Q RST
		интервал от конца зубца Т до начала зубца Р
11	На ЭКГ Систолу желудочков отражает	комплекс Q RST
		интервал P-Q(R)
		интервал от конца зубца Т до начала зубца Р
12	На ЭКГ Диастолу отражает	интервал от конца зубца Т до начала зубца Р
		комплекс Q RST
		интервал P-Q(R)
13	Продолжительность зубца Р в норме составляет	не более 0.1с
		не более 0.02с
		более 0.1 с
14	Зубец Р в норме всегда положителен в отведениях	I, II, aVF
		AVR
		III, aVL, V1,V2
15	Продолжительность интервала PQ у взрослых	0.12-0.22 с
		0.20-0.22с
		0.012-0.022с
16	Продолжительность зубца Q менее	0,04с
		0,4с
17	В норме зубец Q не регистрируется в отведениях	V1, V2
		AVR
		AVF
18	В отведениях от конечностей в норме возможна депрессия сегмента ST	менее 0,5мм
		2мм
		3мм
19	В отведениях V1 – V3 в норме допустима элевация сегмента ST с косовосходящим направлением	не более 2мм
		не более 1мм
		не более 0.5 мм
20	Запрокидывание головы устраняет	западение языка
		ларингоспазм
		отек гортани
		попадание инородного тела
21	Запрокидывание головы нельзя выполнять при подозрении на наличие	перелома шейного отдела
		инородных тел в дыхательных путях
		комы
		инсульта
22	Выполняется запрокидывание головы	одним спасателем
		двумя спасателями
23	Для выполнения запрокидывания головы спасатель должен находиться	сбоку от пострадавшего
		позади головы пострадавшего
		не имеет значения
24	Тройной прием Сафара устраняет	западение языка
		ларингоспазм
		отек гортани
		попадание инородного тела
25	Тройной прием Сафара нельзя	перелома шейного отдела

	выполнять при подозрении на наличие	инородных тел в дыхательных путях
		комы
		инсульта
26	Выполняется прием Сафара	одним спасателем
		двумя спасателями
27	Для выполнения приема Сафара спасатель должен находиться	позади головы пострадавшего
		сбоку от пострадавшего
		не имеет значения
28	Носоглоточный воздуховод можно устанавливать пациентам	в сознании
		только без сознания
		только в глубокой коме
29	Пациентам с переломом основания черепа носоглоточного воздуховод нельзя устанавливать из-за опасности	введения воздуховода в полость черепа
		инфицирования ЦНС
		разгибания головы в шейном отделе позвоночника
30	Беременным введение носоглоточного воздуховода нежелательно из-за опасности	кровотечения
		прерывания беременности
		инфицирования полости носа
		ларингоспазма
31	Для выбора размера носоглоточного воздуховода необходимо учесть	диаметр и длину
		диаметр
		длину
		подбор не нужен
32	Диаметр носоглоточного воздуховода по отношению к размеру носового хода должен быть	чуть меньше
		значительно меньше
		чуть больше
33	Длина носоглоточного воздуховода равна расстоянию	от мочки уха до кончика носа
		от угла нижней челюсти до резцов
		от крыла носа до подбородка
34	Введение носоглоточного воздуховода относительно плоскости лица проводится под углом	90°
		30°, направляя воздуховод в сторону верхнего носового хода
		не имеет значения
35	Ротоглоточный воздуховод предотвращает	западение языка
		аспирацию желудочного содержимого
		развитие бронхоспазма
		попадание воздуха в желудок
36	Ротоглоточный воздуховод Гведела можно использовать у пациентов	без сознания с утратой глоточных рефлексов
		без сознания с сохранными глоточными рефлексами
		независимо от сохранности глоточных рефлексов
37	Выбор воздуховода Гведела сделан правильно, если его длина равна	расстоянию от угла нижней челюсти до резцов

		ширине ладони пострадавшего
		расстоянию от мочки уха до надключичной ямки
38	Воздуховод Гведела вводится в ротовую полость обратив выпуклую сторону	к языку
		к небу
		к щеке
		не имеет значения
39	После введения воздуховода Гведела в ротовую полость необходимо развернуть его на	180°
		90°
		30°
		Можно не разворачивать
40	Воздуховод Гведела является	одноразовым
		многократным
41	Combitube предназначен для восстановления проходимости дыхательных путей:	без использования ларингоскопии
		под контролем ларингоскопии
42	Combitube с маркировкой на контрольных воздушных камерах 15мл и 100мл предназначен для пациентов ростом:	выше 175 см
		125-175 см
		меньше 122 см
43	Combitube с маркировкой на контрольных воздушных камерах 12мл и 85мл предназначен для пациентов ростом:	125-175 см
		выше 175 см
		меньше 122 см
44	Combitube не предназначен для пациентов ростом:	менее 122см
		выше 190см
		менее 130см
45	При восстановлении проходимости дыхательных путей с помощью Combitube разобщение дыхательных путей и пищеварительного тракта:	достигается
		не достигается
46	Вентиляция легких при попадании Combitube в трахею:	возможна
		невозможна
47	При восстановлении проходимости дыхательных путей с помощью Combitube аспирация желудочного содержимого без прерывания вентиляции:	возможна
		невозможна
48	Голубой порт Combitube предназначен для:	вентиляции
		аспирации желудочного содержимого

49	Прозрачный порт Combitube предназначен для:	аспирации желудочного содержимого
		вентиляции
50	Герметичность манжет перед установкой Combitube проверять:	обязательно
		желательно, но не обязательно
		не нужно
51	При правильной установке Combitube резцы пациента находятся:	между черными метками
		выше черных меток
		ниже черных меток
52	При установке Combitube в пищевод вентиляцию проводят через:	голубой порт
		прозрачный порт
53	При установке Combitube в трахею вентиляцию проводят через:	прозрачный порт
		голубой порт
54	При извлечении Combitube удалять воздух из манжет необходимо начиная с:	большой (глоточной)
		малой (пищеводной)
55	К надгортанным воздуховодам относятся:	I-gel и Combitube
		I-gel
		воздуховод Гведела
56	I-gel предназначен для восстановления проходимости дыхательных путей:	без использования ларингоскопии
		под контролем ларингоскопии
57	При восстановлении проходимости дыхательных путей с помощью I-gel разобщение дыхательных путей и пищеварительного тракта:	не достигается
		достигается
58	При правильной установке I-gel резцы пациента находятся:	на уровне черной горизонтальной метки
		на любом уровне, если продвижение воздуховода глубже невозможно
59	Выбор размера I-gel осуществляется в зависимости от:	веса пациента
		роста пациента
		возраста пациента
60	Перед установкой I-gel необходимо убедиться в:	целостности и проходимости воздуховода
		эластичности воздуховода
61	В дыхательные пути воздуховод вводится вдоль твердого неба:	по средней линии
		смещается в сторону для удобства фиксации
62	Гель наносится только на:	заднюю и боковую поверхности манжеты
		на все поверхности манжеты

63	Появление сопротивления при введении I-gel, когда резцы находятся на уровне защитного сопротивления, но не достигли горизонтальной метки означает, что необходимо:	начать вентиляцию, так как воздуховод установлен правильно
		провести воздуховод глубже
64	Восстановление проходимости дыхательных путей I-gel можно у пациентов:	без сознания с угнетенными глоточными рефлексами
		в сознании
		с затрудненным открыванием рта
65	Пульсоксиметрия — это	неинвазивный мониторинг сатурации
		анализ газов артериальной крови
		анализ газов венозной крови
		инвазивный мониторинг сатурации
		исследование пульса на периферических артериях
66	Нормальные значения насыщения гемоглобина артериальной крови кислородом	95-98 %
		100%
		92%
		90%
		85%
67	Показанием для экстренной кислородотерапии является уровень сатурации ниже	90%
		95%
		92%
		88%
		85%
68	Показанием для длительной кислородотерапии у взрослых является сатурация гемоглобина ниже	88%
		95%
		90%
		85%
		80%
69	Противопоказание для проведения пульсоксиметрии	нет
		заболевания сердечно-сосудистой системы
		заболевания дыхательной системы
		нарушения свертывающей системы крови
		нарушения микроциркуляции, шок
70	При содержании гемоглобина 150 г/л в 1 литре крови содержится кислорода	200 мл
		250 мл

		150 мл
		100 мл
		50 мл
71	В норме, в стандартных условиях, потребление кислорода организмом взрослого человека составляет	250 мл/мин
		500 мл/мин
		300 мл/мин
		150 мл/мин
		100 мл/мин
72	Пациентам с массивной кровопотерей и острой анемией необходима ингаляция кислорода	100%
		90%
		75%
		50%
		25%
73	Цианоз становится заметен при концентрации деоксигенированного гемоглобина выше	50 г/л
		150 г/л
		100 г/л
		25 г/л
		15 г/л
74	Частота пульса рассчитывается программой пульсоксиметра в среднем за	5-20 с
		2 с
		1 мин
75	Сигнал тревоги пульсоксиметра «низкая сатурация» (по умолчанию) звучит при уровне сатурации ниже	90%
		95%
		88%
		80%
		75%
76	Сигнал тревоги пульсоксиметра о частоте пульса (по умолчанию) звучит при частоте пульса у взрослых ниже	50 уд/мин
		100 уд/мин
		70 уд/мин
		40 уд/мин
		30 уд/мин
77	Сигнал тревоги пульсоксиметра о частоте пульса (по умолчанию) звучит при частоте пульса у взрослых выше	100 уд/мин
		100 уд/мин
		90 уд/мин
		110 уд/мин
		150 уд/мин
78	Наиболее распространенной причиной слабого сигнала пульсоксиметра является	гиповолемия

		гипотермия
		гипертермия
		гиперволемия
79	Пульсоксиметр измеряет	процент гемоглобина, насыщенного кислородом, чсс
		уровень гемоглобина в крови
		количество кислорода, содержащегося в крови
		сердечный выброс
80	К недостоверным показаниям пульсоксиметра может привести	отравление угарным газом
		оксигенотерапия
		тахикардия
		брадикардия
81	Снизить шансы удачного измерения сатурации может	аритмия
		лихорадка
		гипертензия
		серповидно-клеточная анемия
82	Алгоритм ABCDE применяется для оценки состояния пациента	в ургентной ситуации
		при любом первичном осмотре
		при осмотре пациента в любой клинической ситуации
83	Алгоритм ABCDE включает методы	физикального, инструментального и лабораторного обследования
		инструментальные и лабораторные
		только инструментальные
		только физикального обследования
84	При выявлении состояний, требующих немедленной коррекции необходимо	оказать помощь, затем продолжить обследование
		закончить обследование, затем оказать помощь
85	Последовательность этапов обследования пациента определяется	вероятной скоростью развития критического состояния и смерти пациента
		по принципу «с головы до нижних конечностей»
		врачом в произвольном порядке
86	Этап А это	оценка проходимости дыхательных путей
		оценка дыхания
		оценка кровообращения и контроль кровотечения
		оценка уровня сознания и неврологического статуса
		внешний осмотр пациента
87	Этап В это	оценка дыхания
		оценка проходимости дыхательных путей
		оценка кровообращения и контроль кровотечения
		оценка уровня сознания и неврологического статуса

		внешний осмотр пациента
88	Этап С это	оценка кровообращения и контроль кровотечения
		оценка проходимости дыхательных путей
		оценка дыхания
		оценка уровня сознания и неврологического статуса
		внешний осмотр пациента
89	Этап D это	оценка уровня сознания и неврологического статуса
		оценка проходимости дыхательных путей
		оценка дыхания
		оценка кровообращения и контроль кровотечения
		внешний осмотр пациента
90	Этап E это	внешний осмотр пациента
		оценка проходимости дыхательных путей
		оценка дыхания
		оценка кровообращения и контроль кровотечения
		оценка уровня сознания и неврологического статуса
91	Оценка состояния кожных покровов относится к этапу	С
		Е
		В
		А
		D
92	Выявление наличия гипотермии относится к этапу	Е
		С
		В
		А
		D
93	Оценка сознания по шкале Глазго относится к этапу	D
		А
		Е
		В
		С
94	Оценка симптома «белого пятна» относится к этапу	С
		А
		В
		D
		Е
95	Смерть при остановке кровообращения можно предотвратить, если начать сердечно-легочную реанимацию	немедленно

		после уточнения причины, вызвавшей приступ
		после прибытия специалиста
96	При обнаружении пострадавшего прежде всего необходимо оценить место происшествия с точки зрения	безопасности для оказывающего помощь
		наличия медицинского оборудования и медикаментов
		удобства для проведения сердечно-легочной реанимации
97	В бессознательном состоянии пострадавший в ответ на прикосновение и громкое обращение	не реагирует
		отвечает невнятно
		двигает руками
98	При обнаружении пострадавшего без сознания необходимо позвать на помощь для	вызова скорой помощи
		психологической поддержки
		обеспечения наличия свидетеля ваших действий
99	У пациента без сознания западение языка происходит вследствие	снижения тонуса мышц рта и глотки
		спазма мышц глотки
		увеличения его объема
100	Сочетание двух действий: разгибание головы назад и поднятие подбородка позволяет	открыть дыхательные пути
		уложить пострадавшего в удобное положение
		зафиксировать шею
		предупредить рвоту
101	При обнаружении пострадавшего без сознания необходимо	проверить наличие дыхания
		проверить пульс
		дать таблетку нитроглицерина
		уложить пострадавшего в боковое стабильное положение
102	Сердечно-легочную реанимацию следует проводить пострадавшему без сознания и	при отсутствии самостоятельного дыхания
		независимо от наличия дыхания
		при невозможности определить пульс
		с изменением цвета кожи (цианоз)
103	Одновременно с началом сердечно-легочной реанимации попросить помощника	вызвать скорую помощь и принести автоматический наружный дефибриллятор
		растереть виски пострадавшего нашатырным спиртом и принести валидол
		нанести резкий короткий удар по грудной клетке

		положить под язык пострадавшего таблетку нитроглицерина
104	Телефоны вызова скорой медицинской помощи на территории России	«103», «112»
		«911»
		«033», «003»
		«01», «101»
105	Диспетчеру скорой помощи необходимо передать следующую информацию о случившемся	«у пострадавшего остановка кровообращения», адрес происшествия
		возраст пострадавшего, обстоятельства происшествия
		адрес, пол, примерный возраст пострадавшего
		свои ФИО, телефон, адрес места происшествия
106	Проведение сердечно-легочной реанимации у взрослых начинается с	компрессий грудной клетки
		искусственных вдохов
		удара по грудной клетке
		встряхивания пациента
107	Для проведения компрессий грудной клетки руки располагаются	по центру грудной клетки
		в области сердечного толчка
		слева от грудины
		одна рука на груди, другая поддерживает разгибание головы
108	При сердечно-легочной реанимации соотношение компрессий грудной клетки и искусственных вдохов у взрослых составляет	30:02:00
		5:01
		5:02
		15:02
109	Компрессии грудной клетки при проведении сердечно легочной реанимации взрослому человеку проводится с частотой	100 – 120 в мин
		60 – 80 в мин
		70 – 90 в мин
		не имеет значения
110	Глубина прогиба грудной клетки при компрессиях у взрослых должна составлять	5 – 6 см
		4 – 5 см
		7 – 8 см
		1/3 передне-заднего размера
111	Если Ваши первые вдохи не подняли грудную клетку, то прежде чем провести следующую попытку необходимо	проверить наличие инородных тел во рту, адекватность разгибания головы и подъема подбородка

		перевернуть пациента лицом вниз и постучать по спине
		расстегнуть поясной ремень
		провести следующий вдох в двойном объеме и с большей скоростью
112	Если во время проведения сердечно-легочной реанимации пострадавший начинает дышать нормально, но сознание не восстановилось, то необходимо	перевести пострадавшего в устойчивое боковое положение
		оставить лежать на спине
		перевернуть на живот
		продолжать компрессии грудной клетки
113	Для верификации травмы позвоночника при невозможности выполнить КТ выполняют	спондилографию
		флюорографию
		миелографию
114	В качестве наиболее эффективной иммобилизации пострадавших с травмой позвоночника рекомендуется использование комбинацию жесткого щита под спиной и	жесткого головодержателя
		воротника Шанца
		шейной шины из подручных материалов
115	В случае выявления грубых неврологических нарушений в течение первых 8 часов с момента травмы рекомендуется болюсное введение метилпреднизолона в дозировке	30 мг/кг
		3 мг/кг
		3000 МЕ
		15 мг/кг
116	Отсутствие функции спинного мозга ниже уровня травмы в течение 3-30 дней в результате его отека, ушиба и запредельного защитного торможения деятельности нервных клеток носит название	спинальный шок
		ушиб спинного мозга
		сотрясение спинного мозга
117	В задачи хирургического лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой не входит	восстановление оси позвоночника только во фронтальной плоскости
		полноценная декомпрессия спинного мозга
		фиксация и стабилизация позвоночного столба с целью ранней активизации больного

118	При повреждении позвоночной артерии и явлениях вертебробазилярной недостаточности рекомендуется применение	антикоагулянтов
		вазодилататоров
		стероидных гормонов
119	Неполное повреждение спинного мозга, характеризующееся нарушением двигательных функций и проприоцептивной чувствительности на стороне повреждения и потерей болевой и температурной чувствительности на противоположной стороне носит название	синдром Броун-Секара
		контрактура Вернике-Манна
		синдром Гийена-Барре
		синдром Горнера
120	В течение первых 7 суток после острой травмы рекомендуется поддержание среднего артериального давления на уровне	85-90 мм. рт. ст.
		90-100 мм. рт. ст.
		70-80 мм. рт. ст.
121	Антибактериальная терапия широкого спектра с первых минут госпитализации показана при	колото-резанных огнестрельных и минно-взрывных ранениях позвоночника
		повреждении позвоночной артерии при непроникающей шейной травме
		множественных и многоуровневых повреждениях позвоночника с неврологическим дефицитом
122	Клиническая картина спинального шока представлена в виде триады	артериальная гипотензия, брадикардия, гипотермия
		артериальная гипертензия, брадикардия, гипертермия
		артериальная гипотензия, тахикардия, тетраплегия
		артериальная гипотензия, брадипноэ, односторонний гемипарез

Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь

Тестовое задание №2

№	Формулировка вопроса	Варианты ответа
1	Мешок Амбу это устройство для	ручной ИВЛ
		аппаратной ИВЛ
		экспираторной ИВЛ
2	Движение воздуха в клапанах мешка Амбу	Однонаправленное
		двунаправленное
3	Объем дыхательного мешка Амбу для новорожденных	280мл
		600мл
		100мл
4	Объем дыхательного мешка Амбу для детей	600мл
		800мл
		1000мл

5	Объем дыхательного мешка Амбу для взрослых	1600мл
		1200мл
		1000мл
6	При проведении вентиляции мешком Амбу широкая часть лицевой маски лежит на нижней челюсти, узкая часть на	переносице
		выше бровных дуг
		нижней трети носа
7	Правильное положение пациента для проведения вентиляции легких мешком Амбу	Лежа на спине
		Лежа на боку
		сидя
8	Осмотр полости рта на предмет наличия инородных тел перед вентиляцией мешком Амбу	Обязателен
		Необязателен
		Не нужен
9	Герметичность дыхательного контура создается	Легким надавливанием на купол лицевой маски
		Запрокидыванием головы
		Введением ротоглоточного воздуховода
10	Необходимо заподозрить наличие инородного тела в верхних дыхательных путях, если у пострадавшего	катастрофически быстро развиваются нарушения дыхания
		внезапно появляется чувство «першения» в горле
		дистанционно слышны свистящие хрипы на выдохе
11	У пациента обструкция дыхательных путей инородным телом легкой степени, если пациент	может кашлять говорить
		не может кашлять, говорить,
		Дышит, но дыхание значительно затруднено и кашель ослаблен
12	У пациента обструкция дыхательных путей инородным телом тяжелой степени, если пациент	не может кашлять, говорить или кашель ослаблен
		может кашлять говорить
		дышит, но дыхание затруднено, слышны свистящие хрипы на выдохе
13	Приемы «поколачивания» или Геймлиха выполняются пациентам с обструкцией дыхательных путей инородным телом	тяжелой степени
		легкой степени
		при любой степени обструкции
14	Пациенту с легкой обструкцией верхних дыхательных путей необходимо	оказать психологическую поддержку, попросить продолжать кашлять
		выполнить прием Геймлиха
		выполнить 5 «ударов по спине»
		ничего не предпринимать

15	Пациентам с тяжелой обструкцией дыхательных путей инородным телом, находящихся в сознании. необходимо выполнить	«удары по спине» или прием Геймлиха
		сердечно-легочную реанимацию
		коникотомию
16	Пациентам без сознания с тяжелой обструкцией дыхательных путей инородным телом необходимо	начать сердечно-легочную реанимацию
		выполнить прием Геймлиха
		ничего не предпринимать до прибытия реаниматолога
		уложить в восстановительное положение
17	Возможным осложнением пальцевого исследования ротовой полости пострадавшего может быть	травма слизистой верхних дыхательных путей
		травма дистальных дыхательных путей
		кровотечение из пищевода
18	Возможным осложнением пальцевого исследования ротовой полости пострадавшего может быть	продвижение инородного тела в дистальные отделы дыхательных путей
		извлечение инородного тела
		фрагментация инородного тела
19	Перед проведением осмотра ротовой полости при подозрении на наличие инородного тела у пациента без сознания необходимо оценить	наличие дыхания
		частоту дыхания
		наличие цианоза кожи
20	Мягкий валик на молярах пострадавшего необходим при удалении инородных тел из ротовой полости у пациентов	в сознании
		без сознания
21	Прием «удары по спине» выполняют у пострадавших с тяжелой обструкцией инородным телом верхних дыхательных путей, находящихся	в сознании
		без сознания
22	При выполнении приема «поколачивания» удары наносятся	между лопаток
		в область грудины
		в область поясницы
		над лопатками
23	При выполнении приема «удары» удары должны быть	отрывистыми
		плавными
24	При выполнении приема Геймлиха руки спасателя располагаются	на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком

		в области пупка пострадавшего
		в любой точке живота пострадавшего
25	При выполнении приема Геймлиха руки направление толчка	снизу вверх
		вглубь
		вниз
		направление не важно
26	При выполнении приема Геймлиха руки необходимо выполнить последовательно	не более 5 толчков
		любое количество до извлечения инородного тела
		только 1 толчок
27	После выполнения приемов Геймлиха и «поколачивания» пациента необходимо обследовать на предмет наличия	травмы внутренних органов с развитием внутреннего кровотечения
		дыхательной недостаточности
28	При выполнении приема Геймлиха беременной женщине руки спасателя располагаются	по центру грудины
		на середине расстояния между пупком и мечевидным отростком
		в области пупка
29	Если ребенок подавился, у него сильный кашель, то необходимо	успокоить ребенка, попросить покашлять
		потрясти за плечи, похлопать по спине
		дать выпить горячего чая
30	Пострадавший нуждается в проведении механических приемов удаления инородного тела при	неспособности к разговорной речи, кашлю, дыханию
		сильном кашле
		боли в горле
31	При инородном теле гортани голос у ребенка чаще всего	охрипший
		звонкий
		не изменен
32	Для извлечения инородного тела из дыхательных путей у ребенка старше 1 года при полной обструкции верхних дыхательных путей (отсутствует кашель) необходимо	нанести 5 ударов ладонью по спине пострадавшего, при неэффективности - прием Геймлиха
		уложить пострадавшего на свое колено лицом вниз и ударить ладонью по спине несколько раз
		вызвать рвоту, надавив на корень языка

33	При выполнении приема Геймлиха необходимо выполнить до 5 резких толчков на живот в области	между пупком и мечевидным отростком
		мечевидного отростка
		пупка
		ниже пупка
34	У детей удалять инородное тело из ротовой полости пальцами можно	только при наличии видимого объекта
		всегда
		только при легкой обструкции
35	Наиболее эффективным механизмом удаления инородного тела дыхательных путей из перечисленного является	кашель
		прием Геймлиха
		удары по спине
36	Для извлечения инородного тела из дыхательных путей у ребенка до 1 года необходимо	положить его лицом вниз на предплечье своей руки и нанести 5 ударов между лопатками
		перевернуть вверх ногами и потрясти
		перевернуть вверх ногами и ударить между лопаток
37	У ребенка до 1 года имеется инородное тело в верхних дыхательных путях, сознание сохранено, выполнены 5 ударов по спине. Инородное тело не удалено. Необходимо выполнить	5 толчков в грудную клетку
		Выполнить прием Геймлиха
		Выполнить интубацию трахеи
		Выполнить трахеотомию
38	После удаления инородного тела из верхних дыхательных путей необходимо	Оценить эффективность дыхания
		Дать ребенку воды
		Продолжить СЛР
		Ничего не предпринимать до приезда скорой медицинской помощи
39	Острый коронарный синдром	это группа признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ) или нестабильную стенокардию
		это группа признаков или симптомов, позволяющих подозревать острый инфаркт миокарда (ИМ)

		это группа признаков или симптомов, позволяющих подозревать нестабильную стенокардию
40	Инфаркт миокарда со стойкими подъемами сегмента ST (ИМпST) отражает	Трансмуральную ишемию в следствие полной острой окклюзии магистральной артерии
		Субэпикардальную ишемию вследствие неполной окклюзии коронарной артерии пристеночным тромбозом
		Субэндокардиальную ишемию на фоне спазма коронарной артерии без острого тромбоза
41	Стойкий подъем ST это подъем, сохраняющийся на ЭКГ более	20 минут
		10 минут
		5 минут
42	ИМпST диагностируется у пациентов с ангинозным приступом и	стойким подъемом сегмента в 2-х и более отведениях ЭКГ или остро возникшей блокадой левой ножки пучка Гиса
		любым подъемом ST и блокадой левой ножки пучка Гиса
		подъемом ST, сохраняющимся не менее двух часов
43	Основным методом лечения ИМпST является	Устранение острой окклюзии и реперфузия
		Гепаринотерапия
		Антиагрегантная терапия
		Антикоагулянтная терапия
44	У пациентов после остановки кровообращения, вызванной ИМпST, уровень сознания для выполнения реперфузии	не имеет значения
		имеет значение-противопоказана
45	Реперфузионная терапия рекомендуется всем пациентам с ИМпST	и длительностью симптомов <12 часов
		и длительностью симптомов <24 часов
		и длительностью симптомов <18 часов
46	Выраженный лейкоцитоз при ИМпST считается прогностическим признаком	неблагоприятным
		благоприятным
47	Для ИМпST характерно возникновение подъема ST как минимум в	двух последовательных отведениях
		двух любых отведениях
		трех последовательных отведениях
		четырёх последовательных отведениях

48	Постинфарктная стенокардия — стенокардия, возникшая в	первые 2 недели после инфаркта миокарда
		Только в первые часы от инфаркта миокарда
		Только в первые сутки инфаркта миокарда
49	Для ИМпST характерно появление подъема ST от уровня точки J у мужчин в отведении V2-V3 более	0.2мВ (2мм)
		0.4мВ (4мм)
		0.5мВ (5мм)
50	Для ИМпST характерно появление подъема ST от уровня точки J у женщин в отведении V2-V3 более	0.15мВ (1.5мм)
		0.4мВ (4мм)
		0.5мВ (5мм)
51	Для ИМпST характерно появление подъема ST от уровня точки J, у всех пациентов в отведениях кроме V2-V3 более	0.1 мВ (1мм)
		0.2мВ (2мм)
		0.05мВ (0.5мм)
52	На догоспитальном этапе при подозрении на ОКС запись 12-канальной ЭКГ должна быть осуществлена	как можно раньше
		через 20 минут после возникновения ангинозного приступа
		через 1 час после возникновения ангинозного приступа
53	Для своевременного выявления значимых изменений ЭКГ в первые сутки после возникновения ОКС регистрировать ЭКГ не реже чем через	6-8 часов
		2 часа
		12 часов
54	У пациентов с ИМпST для подтверждения диагноза предпочтительно исследование	уровня тропонина I или T
		миоглобин
		МВ-КФК
55	Решение о проведении реперфузии миокарда	Не должны откладываться до получения информации об уровне тропонина
		Должны откладываться до получения информации об уровне тропонина
56	При не информативности ЭКГ при подозрении на ОКС запись 12-канальной ЭКГ должна повторяться	с интервалами в 15–30 мин или мониторинг ЭКГ
		с интервалами в 1,5 часа
		с интервалами в 1 час
57	Доза нитроглицерина (таблетки) для купирования ангинозного приступа	0.5мг
		0.05мг
		0.005мг
58	Доза нитроглицерина (спрей) для купирования ангинозного приступа	0.4мг

		0.04мг
		0.004мг
59	Повторную дозу нитроглицерина для купирования ангинозного приступа следует принять через	5 минут
		1 минуту
		10 минут
60	Наркотические анальгетики для купирования ангинозного приступа вводятся	внутривенно
		внутримышечно
		подкожно
61	Первоначальная доза морфина для обезболивания ангинозного приступа составляет	2-4 мг
		5-6 мг
		8-10мг
62	При необходимости для купирования ангинозного приступа дозу морфина титруют каждые 5-15 минут по	2-4 мг
		1мг
		5-6мг
63	Осложнениями введения морфина является	Гипотония, брадикардия, брадикардия
		Гипертонический криз, тахикардия
		Гиповолемия, тахипное
64	Горизонтальное положение с поднятием ног и/или введение кристаллоидов, реже адрено- и допамин-стимуляторов – эти методы используют для устранения этого осложнения после введения морфина	гипотония
		гипертония
		брадикардии
65	Для устранения выраженной брадикардии в сочетании с гипотонией развившихся в результате купирования ангинозного приступа морфином применяют	Атропин 0.5-1.0 мг внутривенно
		Эуфиллин 5мл 2.4%
		Адреналин 300мкг в/м
66	Для устранения выраженного брадикардия развившегося в результате купирования ангинозного приступа морфином применяют	Налоксон 0.1-0.2 мг внутривенно
		Кордиамин 1 мл подкожно
		Кислородотерапия
67	Начальная скорость инфузии нитроглицерина составляет	10мкг/мин
		1мкг/мин
		100мкг/мин
68	При неэффективности начальной дозы нитроглицерина 10мкг/мин скорость инфузии увеличивают каждые 5-10мин на	10-15мкг/мин

		1-5мкг/мин
69	Согласно МКБ-10 выделяют следующие степени термических и химических ожогов наружных поверхностей тела:	первая, вторая, третья
		первая, вторая, третья, четвертая
70	Ожоговый шок, как правило, развивается при ожогах общей площадью более	15% поверхности тела
		10% поверхности тела
		20% поверхности тела
71	Для ожогового шока не характерны	повышение рО ₂ артериальной крови, метаболический алкалоз
		легочные нарушения (одышка, ОРДС)
		гипопротеинемия, гипоальбуминемия, диспротеинемия
		гемодинамические нарушения (Снижение УО, МОК, ОЦК, тахикардия)
72	Клинико-лабораторным критерием ожогового шока не является	гипертермия
		олигоанурия
		гемоконцентрация
		нарушения гемодинамики
73	Критерием нарушения периферического кровообращения является симптом «белого пятна»	более 3 сек.
		более 2 сек.
		более 5 сек.
74	Для борьбы с болевым синдромом рекомендовано применение морфина 0,1 мг/кг	каждые 4-6 часов в/в
		каждые 2 часа в/в
		однократно в/в
		каждые 12 часов внутрь
75	В качестве инфузионной терапии ожогового шока рекомендовано применение в первую очередь	физиологического р-ра или Рингер-лактата
		полиглюкина или реополиглюкина
		р-ров глюкозы
76	В качестве трансфузионной терапии ожогового шока наибольший эффект обеспечивает	нативная плазма
		р-р альбумина
		эритроцитарная масса

77	Критерием адекватности инфузионной терапии у взрослых является темп диуреза	0,5-1 мл/кг/ч
		< 0,5 мл/кг/ч
		> 1 мл/кг/ч
78	Рекомендуемый объем плазмотрансфузии составляет не менее	800 мл
		1000 мл
		600 мл
79	С целью улучшения реологических свойств крови пациентов с ожоговым шоком целесообразно применение	нефракционированного гепарина
		варфарина
		клопидогрела
		аспирина
80	Показанием к применению респираторной поддержки у пациентов с ожоговой болезнью не является	ожоги кожи III степени >40%
		дыхательная недостаточность III степени
		угнетение
		сознания (сопор и глубже)
81	Жажда, тахикардия, уменьшение диуреза, вялость и заторможенность, снижение тургора кожи являются симптомами	дегидратации
		гипергидратации
		гиповолемического шока
82	Основой лечения больных кишечными инфекциями с признаками эксикоза на догоспитальном этапе являются	регидратация и дезинтоксикация
		энтеросорбция антимикробная терапия
		коррекция питания и питьевого режима
83	Обезвоживание IV степени характеризуется потерей массы тела	10% и более
		7-9%
		4-6%
84	Обезвоживание II степени характеризуется потерей массы тела	4-6%
		менее 3%
		7-9%
85	Множественная неукротимая рвота, неутолимая жажда и анурия характерны для дегидратации	IV степени
		II степени
		V степени
86	Для пероральной регидратации рекомендовано использовать	глюкозо-солевые растворы
		неполионные растворы
		коллоидные растворы

		дистиллированную воду
87	Тяжелые форм дегидратации сопровождаются расстройством терморегуляции и повышением чувствительности больного к	понижению температуры
		повышению температуры
88	При эффективной регидратационной терапии состояние больного улучшается, частота пульса становится менее 100 уд/мин, САД превышает	100 мм рт.ст.
		80 мм рт.ст.
		120 мм рт.ст.
89	Для парентеральной регидратации рекомендовано использовать	полиионные (солевые) растворы
		неполиионные растворы
		полиглюкин
		воду для инъекций
90	При III степени обезвоживания показано струйное введение жидкости из расчета	70–95 мл/кг
		40–60 мл/мин
		100–120 мл/кг
91	При диарее инфекционного генеза не следует применять	противодиарейные препараты
		спазмолитики
		солевые растворы
		антибактериальные препараты
92	Общее количество жидкости для регидратации в условиях стационара можно рассчитать по формуле	Филлипса или Козна
		Кокрофта-Голта
		Альговера
93	Возникновение дегидратационного шока вследствие профузной диареи характерно для	холеры, сальмонеллёза, эшерихиоза, вирусных диарей
		ботулизма
		пищевого отравления
94	Для первичной регидратации при обезвоживании I, II и частично III степени при отсутствии рвоты назначают глюкозо-солевые растворы внутрь, дробно, из расчёта	750 мл в час
		850 мл в час
		650 мл в час
95	После первичной регидратации в условиях стационара по показаниям проводят	корректирующую регидратацию
		промывание желудка до отхождения чистых вод
		тромболитическую терапию

96	Инфузионную регидратационную терапию следует проводить с постоянным контролем параметров гемодинамики каждые	30 мин
		15 мин
		45 мин
97	При кровотечении из верхних отделов ЖКТ источник кровотечения располагается	в пищеводе, желудке, двенадцатиперстной кишке
		тощей и подвздошной, толстой кишках
98	Кровопотеря средней степени тяжести характеризуется	ЧСС 100—110 в минуту;
		САД 100—120 мм рт.ст.; диурез <2 л/сут
		ЧСС 80—100 в минуту;
		САД >100 мм рт.ст.; диурез >2 л/сут
		ЧСС >120 в минуту;
		САД <90 мм рт.ст.; олигурия
99	Причиной рвоты по типу «кофейной гущи» чаще всего является	кровотечения из язвы
		желудка или двенадцатиперстной кишки
		кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода или желудка
		рак пищевода или кардии
		желудка
100	Медицинская эвакуация пациента с желудочно-кишечным кровотечением осуществляется	в положении лёжа с
		приподнятым головным концом
		в положении сидя или полусидя
		в положении лежа на правом боку
101	При наличии у пациента с кровотечением признаков геморрагического шока необходимо незамедлительно начать проведение	инфузий в/в капельно (р-р натрия хлорида 0,9%, р-р гидроксиэтилкрахмала)
		инфузий в/в струйно (р-р натрия хлорида 0,9%, р-р гидроксиэтилкрахмала)
		сердечно-легочной реанимации
102	Для выяснения причины желудочно-кишечного кровотечения из верхних отделов ЖКТ целесообразно проведение	ФГДС
		рентгеноконтрастного исследования пищевода и желудка

		УЗИ брюшной полости
		зондирования желудка
103	Проведение гемотрансфузии показано при уровне гемоглобина менее	90 г/л
		80 г/л
		100 г/л
		70 г/л
104	Терапия вазопрессорами показана	при недостаточной эффективности инфузионно-трансфузионной терапии
		вне зависимости от эффективности инфузионно-трансфузионной терапии
105	Оперативное лечение желудочно-кишечного кровотечения показано	при неэффективности (невозможности) медикаментозного и эндоскопического гемостаза
106		вне зависимости от эффективности медикаментозного и эндоскопического гемостаза
		если позволяет оснащение стационара
107	Критерии адекватности восстановления ОЦК при массивной кровопотере	САД – 80-100 мм рт.ст., ЦВД – не более 12 см вод. ст., диурез – не менее 40 мл/час, гемоглобин – не менее 90 г/л,
		САД – 70-90 мм рт.ст., ЦВД – не более 12 см вод. ст., диурез – не менее 30 мл/час, гемоглобин – не менее 80 г/л,
		САД – 100-120 мм рт.ст., ЦВД – не более 12 см вод. ст., диурез – не менее 20 мл/час, гемоглобин – не менее 100 г/л
108	Рвота алой кровью (синдром Мэллори—Вейсс) характерна для	рака пищевода или кардии
		желудка
		кровотечения из язвы желудка или двенадцатиперстной кишки
		кровотечения из варикозно расширенных вен пищевода или желудка
109	Клинически массивная кровопотеря проявляется	снижением САД менее 90 мм рт. ст. и повышением ЧСС
		более 110 уд/мин
		снижением САД менее 110 мм рт. ст. и повышением ЧСС более 90 уд/мин
		снижением САД менее 120 мм рт. ст. и повышением ЧСС более 130 уд/мин
110	Острая кровопотеря III класса характеризуется потерей	30 – 40% ОЦК
		> 40% ОЦК

		15 – 30% ОЦК
111	Индекс Альгвера позволяет определить объем кровопотери	в процентах от нормального объема ОЦК
		в миллилитрах
		в литрах
112	Основой лечения гиповолемического шока является	восполнение ОЦК
		дезинтоксикация
		витаминотерапия
113	Признаком нарушения периферической перфузии является увеличение длительности «симптома белого пятна»	более 3 секунд
		более 15 секунд
		более 2 секунды
114	При массивном кровотечении на фоне активации фибринолиза возможно применение	транексамовой кислоты
		аминокапроновой кислоты
		ацетилсалициловой кислоты
115	На догоспитальном этапе неэффективность инфузий р-ра натрия хлорида 0,9% и гидроксиэтилкрахмала при геморрагическом шоке является показанием к назначению	глюкокортикоидных гормонов
		вазопрессоров
		эритроцитарной массы
116	При кровотечении из варикозно-расширенных вен пищевода и желудка в/в болюсно вводится терлипессин в дозе	2 мг
		3 мг
		10 мг
117	Недостаточность кровообращения при анафилактическом шоке проявляется снижением уровня САД	ниже 90 мм рт.ст или на 30% от рабочего уровня
		ниже 60 мм рт.ст или на 50% от рабочего уровня
		ниже 100 мм рт.ст или на 15% от рабочего уровня
118	После введения аллергена немедленная форма анафилактического шока развивается в течение	от 30 мин. до 2 часов
		10 мин
		от 10 до 30–40 мин
119	Признаками третьей степени тяжести анафилактического шока являются	АД 60-40/0 мм рт.ст., потеря сознания, судороги, холодный липкий пот, цианоз губ, расширение зрачков, неправильный сердечный ритм, нитевидный пульс
		АД не определяется. Тоны сердца и дыхание не прослушиваются

		АД 100/40 мм рт.ст., потеря сознания, бледность или цианоз кожи, тахипное, тахикардия
120	Максимальное время после введения препарата, в течение которого может развиваться анафилактический шок составляет	6 часов
		1 минута
		30 минут
		1 час
		10 минут
121	Ведущим звеном патогенеза анафилактического шока является	вазодилатация венозного отдела сосудистого русла
		снижение сократительной способности миокарда
		угнетение сосудодвигательного центра
122	Введение салбутамола при анафилактическом шоке показано	больным с бронхоспазмом, после стабилизации АД
		больным с одышкой
		всем больным
		больным с загрудинными болями, после стабилизации АД
123	Главным и первоочередным мероприятием при анафилактическом шоке является	в/м введение адреналина
		в/в введение преднизолона
		введение антигистаминных препаратов
124	Всем пациентам с отягощенным аллергологическим анамнезом перед оперативным вмешательством или рентгеноконтрастным исследованием рекомендуется проводить премедикацию	дексаметазоном или преднизолоном
		дроперидолом или галоперидолом
		димедролом или супрастином
125	При лечении анафилактического шока используются все препараты, кроме	мочегонные
		вазопрессоры
		глюкокортикостероиды
		антигистаминные
126	Типичный вариант анафилаксии характеризуется сочетанием гемодинамических нарушений и	поражения кожи и слизистых
		острой дыхательной недостаточности
		поражения ЦНС
		поражения органов брюшной полости
127	Максимальная разовая доза адреналина для взрослого пациента составляет	0,5 мг
		0,05 мг

		1 мг
		5 мг
128	Начальный объем инфузий кристаллоидов для профилактики гиповолемии при анафилактическом шоке составляет	500-1000 мл
		250-500 мл
		не более 250 мл
129	К наиболее частому этиологическому фактору развития анафилактического шока относятся	лекарственные средства
		пищевые продукты
		яд перепончатокрылых насекомых
130	К препаратам первой линии при лечении анафилактического шока относятся	адреналин и р-р натрия хлорида 0.9%
		глюкокортикоиды и антигистаминные препараты
131	К наиболее распространенному фактору развития сепсиса в акушерстве относится	внебольничный аборт
		анемия
		эклампсия
132	Стадия устойчивого обратимого инфекционно-токсического шока характеризуется	развитием ДВС-синдрома
		повышением САД до 160 мм рт. ст.
		агональным дыханием Чейна-Стокса
		психомоторным возбуждением
133	Целью инфузионной терапии инфекционно-токсического шока не является	ЧСС ≥ 90 уд/мин
		ЦВД 8-12 мм рт. ст.
		диурез $\geq 0,5$ мл/кг/ч;
		АД ≥ 65 мм рт. ст.
134	После постановки диагноза эффективные антибактериальные препараты должны быть назначены в течение	1 часа
		30 минут
		1 суток
135	Вероятность наличия септического шока значимо повышается при определении уровня лактата в крови выше	2 ммоль/л
		1 ммоль/л
		1,5 ммоль/л
136	Уровень систолического АД при септическом шоке	Менее 90 мм рт.ст.
		Менее 110 мм рт.ст.
		Менее 100 мм рт.ст.
137	Наиболее чувствительным и специфичным маркером бактериальной инфекции является	прокальцитониновый тест
		сывороточная триптаза
		D-димер

138	Средствами выбора для эмпирической антибактериальной терапии тяжелого сепсиса (септического шока) являются	карбапенемы
		бета-лактамы
		цефалоспорины
139	Препаратами первого ряда при начальной инфузионной терапии септического шока являются	кристаллоидные растворы
		коллоидные растворы
		плазмозаменители
140	Гидрокортизон назначают больным септическим шоком в случае	неэффективности инфузионной и вазопрессорной терапии
		необходимости респираторной поддержки
		развития жизнеугрожающей гипертензии
141	Больные, которым проводится ИВЛ, должны находиться в положении	полусидя, с поднятием головного конца кровати на
		30–45 градусов
		лежа на спине, с согнутыми в коленях ногами
		лежа на правом боку
142	При гемотрансфузии пациентам с септическим шоком целевой уровень гемоглобина составляет	70–90 г/л
		60–70 г/л
		90–100 г/л
143	Оценка эффективности антибактериальной терапии сепсиса проводится через	48 часов терапии
		24 часа терапии
		12 часов терапии
144	Для верификации травмы позвоночника при невозможности выполнить КТ выполняют	спондилографию
		флюорографию
		миелографию
145	В качестве наиболее эффективной иммобилизации пострадавших с травмой позвоночника рекомендуется использование комбинацию жесткого щита под спиной и	жесткого головодержателя
		воротника Шанца
		шейной шины из подручных материалов
146	В случае выявления грубых неврологических нарушений в течение первых 8 часов с момента травмы рекомендуется болюсное введение метилпреднизолона в дозировке	30 мг/кг
		3 мг/кг
		3000 МЕ
		15 мг/кг
147	Отсутствие функции спинного мозга ниже уровня травмы в течение 3-30 дней в результате его отека, ушиба и запредельного защитного торможения	спинальный шок

	деятельности нервных клеток носит название	
		ушиб спинного мозга
		сотрясение спинного мозга
148	В задачи хирургического лечения больных с позвоночно-спинномозговой травмой не входит	восстановление оси позвоночника только во фронтальной плоскости
		полноценная декомпрессия спинного мозга
		фиксация и стабилизация позвоночного столба с целью ранней активизации больного
149	При повреждении позвоночной артерии и явлениях вертебробазилярной недостаточности рекомендуется применение	антикоагулянтов
		вазодилататоров
		стероидных гормонов
150	Неполное повреждение спинного мозга, характеризующееся нарушением двигательных функций и проприоцептивной чувствительности на стороне повреждения и потерей болевой и температурной чувствительности на противоположной стороне носит название	синдром Броун-Секара
		контрактура Вернике-Манна
		синдром Гийена-Барре
		синдром Горнера
151	В течение первых 7 суток после острой травмы рекомендуется поддержание среднего артериального давления на уровне	85-90 мм. рт. ст.
		90-100 мм. рт. ст.
		70-80 мм. рт. ст.
152	Антибактериальная терапия широкого спектра с первых минут госпитализации показана при	колото-резанных огнестрельных и минно-взрывных ранениях позвоночника
		повреждении позвоночной артерии при непроникающей шейной травме
		множественных и многоуровневых повреждениях позвоночника с неврологическим дефицитом
153	Клиническая картина спинального шока представлена в виде триады	артериальная гипотензия, брадикардия, гипотермия
		артериальная гипертензия, брадикардия, гипертермия
		артериальная гипотензия, тахикардия, тетраплегия
		артериальная гипотензия, брадипноэ, односторонний гемипарез

154	Тромбоэмболия легочных артерий – это попадание в артерии малого круга кровообращения тромбов и эмболов, которые мигрировали из	вен большого круга кровообращения
		левых отделов сердца
		артерий большого круга кровообращения
155	Признаком острой правожелудочковой недостаточности не является	акцент I тона над легочной артерией
		расширение границ сердца вправо
		систолический шум у мечевидного отростка
		набухание и пульсация шейных вен
156	Абсолютными показаниями для проведения тромболитизиса является	массивная
		ТЭЛА с выраженными нарушениями гемодинамики
		субмассивная
		ТЭЛА с нарушениями гемодинамики
		немассивная
		ТЭЛА с незначительными нарушениями гемодинамики
157	Для оценки вероятности ТЭЛА по клиническим данным используют шкалы	WELLS, GENEVA
		GLASGOW
		GRASE
158	Для проведения тромболитической терапии может быть использована стрептокиназа по укороченной схеме	1,5 млн МЕ на протяжении 2 ч.
		2,5 млн МЕ на протяжении 6 ч.
		250 тыс. МЕ на протяжении 2 ч.
159	Наиболее информативным методом верификации ТЭЛА является	КТ легких с контрастированием сосудов грудной клетки
		ангиопульмонографическое исследование
		УЗИ вен нижних конечностей
		Эхокардиография
160	При терапии варфарином целевой уровень МНО составляет	2,0-3,0
		1,0-2,0
		3,0-4,0

161	Выделение высокого и низкого промежуточного риска ранней смерти пациентов с острой ТЭЛА необходимо для определения возможности проведения	тромболитической терапии
		анитикоагулянтной терапии
		двойной антиагрегантной терапии
		хирургического лечения
162	Индекс тяжести ТЭЛА (PESI) используется для определения	риска смерти от ТЭЛА в течение 30 дней
		показаний для тромболитической терапии
		тяжести дыхательной недостаточности при ТЭЛА
163	ЭКГ-признаком ТЭЛА не является	Подъем сегмента ST как минимум в двух последовательных отведениях
		полная или неполная блокада правой ножки пучка
		Гиса
		признаки перегрузки правого предсердия: P-pulmonale
		в отведениях II, III, aVF
		отрицательные зубцы T в отведениях I, aVL, V5-6;
164	Наиболее специфичным показателем при лабораторной диагностике ТЭЛА является уровень	D-димера
		МВ-КФК
		тропонина I и тропонин T
165	Тромболитическая терапия при отсутствии противопоказаний и проводится	при высоком риске смерти от ТЭЛА
		всем пациентам с ТЭЛА
		при высоком и промежуточном риске смерти от ТЭЛА
166	Для устранения гипотензии у пациентов с ТЭЛА применяют	вазопрессоры
		внутривенную инфузию с высокой скоростью введения кристаллоидов
		положение Тределенбурга
167	При острой правожелудочковой недостаточности на фоне ТЭЛА проведение инфузионной терапии возможно со скоростью не более	20 мл в минуту
		100 мл в минуту
		50 мл в минуту
168	У пациентов с ТЭЛА и гипотонией (менее 90 мм рт ст), не имеющих риска кровотечений, предпочтительно проведение	тромболитической терапии

		хирургического вмешательства
169	Для лечения ТЭЛА максимальная доза альтеплазы при применении ускоренной схемы (введение препарата за 2 часа)	100 мг
		50 мг
		150 мг
		10мкг/кг
170	Тромболитическая терапия при ТЭЛА наиболее эффективна в первые	72 часа
		96 часов
		120 часов
171	Пневмоторакс - синдром, характеризующийся скоплением в плевральной полости	воздуха
		транссудата
		крови
172	Признаком пневмоторакса при объективном осмотре не является	изменение границ относительной сердечной тупости
		отставание в дыхании половины грудной клетки
		тимпанический тон при перкуссии
		ослабление голосового дрожания на стороне пневмоторакса
173	Для определения оптимальной точки дренирования плевральной полости необходимо выполнить	рентгенографию в 2-х проекциях
		КТ грудной клетки
		пневмомедиастинографию
174	Консервативно-динамическое наблюдение показано при	малом первичном пневмотораксе, протекающим без дыхательной недостаточности
		среднем первичном пневмотораксе, протекающим с выраженной дыхательной недостаточностью
		невозможности дренирования плевральной полости
175	При дренировании плевральной полости дренаж вводится на глубину	2-3 см
		3-4 см
		1-2 см
176	После дренирования, аспирацию содержимого плевральной полости следует проводить	до полного расправления легкого
		в течение 12 часов
		в течение 1 месяца
		до прекращения поступления воздуха из плевральной полости

177	Показанием к химическому плевродезу тальком является	невозможность по каким-либо причинам выполнить радикальную операцию
		старческий возраст, тяжелые сопутствующие заболевания
		неэффективность дренирования плевральной полости
178	Показанием к экстренной операции по поводу спонтанного пневмоторакса не является	продолжающийся сброс воздуха более 24 часов при расправленном легком
		напряженный пневмоторакс при неэффективности дренирования
		гемопневмоторакс
		продолжающийся сброс воздуха при невозможности расправить легкое
179	Активная аспирация воздуха из плевральной полости проводится с разряжением	20-40 см. вод. ст.
		20-30 см. вод. ст.
		40-50 см. вод. ст.
180	При напряженном пневмотораксе органы средостения смещаются	на здоровую сторону
		на сторону поражения
		в зависимости от локализации пневмоторакса
		краниально
181	Кардиогенный шок характеризуется тяжелой гипотонией. Уровень систолического АД ниже	80 мм рт.ст.
		90 мм рт.ст.
		100 мм рт.ст.
182	Кардиогенный шок характеризуется тяжелой гипотонией продолжающейся более	30 минут
		10 минут
		20 минут
183	Кардиогенный шок характеризуется выраженным снижением сердечного индекса менее	1.8 мин/м ²
		3.8 мин/м ²
		4.8 мин/м ²
184	Кардиогенный шок характеризуется повышением давления заклинивания легочной артерии (ДЗЛА) более	18 мм рт.ст.
		8 мм рт.ст.
		12 мм рт.ст.
185	Основная причина кардиогенного шока- острый инфаркт миокарда с поражением сердечной мышцы в объеме	40%

		20%
		30%
186	Частота развития кардиогенного шока при инфаркте миокарда составляет	5-8%
		10-15%
		1-2%
187	Фактором риска развития кардиогенного шока является локализация инфаркта по	Передней стенки ЛЖ
		Задней стенке ЛЖ
188	Фактором риска развития кардиогенного шока является возраст пациента	пожилой возраст
		молодой возраст
189	Объективное обследование пациента с кардиогенным шоком включает обязательное измерение АД	на двух руках
		на одной руке не менее 2-3 раз с интервалом 1-2 минуты
		на руках и ногах
190	Оксигенотерапия у пациентов с кардиогенным шоком проводится при уровне сатурации кислорода менее	90%
		92%
		94%
191	Оксигенотерапия у пациентов с кардиогенным шоком проводится кислородо-воздушной смесью, в которой содержание кислорода составляет	40-50%
		90-100%
		20-30%
192	Начальная скорость подачи кислородовоздушной смеси при кардиогенном шоке составляет	4-8л/мин
		2-3л/мин
		9-10л/мин
193	Пациенту с кардиогенным шоком при отсутствии признаков застоя в легких показана быстрая инфузия раствора натрия хлорида 200мл за	10 минут
		20 минут
		30 минут
194	Пациенту с кардиогенным шоком при отсутствии признаков застоя в легких возможна повторная инфузия раствора натрия до достижения суммарного объема	400 мл
		500мл
		1000мл
195	Начальная скорость инфузии допамина при кардиогенном шоке составляет	2-10 мкг/кг/мин
		10-20 мкг/кг/мин
		20-30 мкг/кг/мин
196	При отсутствии эффекта от введения допамина скорость инфузии увеличивается каждые	5 минут
		2 минуты

		30 минут
197	Максимальная скорость введения допамина составляет	50 мкг/кг/мин
		100 мкг/кг/мин
		20 мкг/кг/мин
198	Эффект допамина после прекращения инфузии сохраняется в течение	10 минут
		2 минут
		20 минут
199	Дозы дапамина 1-5 мкг/кг/мин увеличивают	почечный кровоток
		коронарный кровоток
		мозговой кровоток
200	Дозы дапамина 5-10 мкг/кг/мин обеспечивают	позитивный инотропный эффект
		отрицательный инотропный эффект
		отрицательный батмотропный эффект
201	Дозы дапамина более 10 мкг/кг/мин вызывают	вазоконстрикцию
		вазодилатацию
202	Побочные эффекты допамина	нарушение сердечного ритма
		гипотония
		брадикардия
203	Начальная скорость инфузии добутамина при кардиогенном шоке составляет	2,5-10 мкг/кг/мин
		1,5-2 мкг/кг/мин
		8-10 мкг/кг/мин
204	Максимальная скорость инфузии добутамина составляет	20 мкг/кг/мин
		40мкг/кг/мин
		50 мкг/кг/мин
205	Эффект добутамина при внутривенной инфузии развивается через	1-2 минуты
		10 минут
		15 минут
206	Влияние добутамина на периферическое сопротивление	малозначимо
		выраженная вазоконстрикция
		выраженная вазодилатация
207	Эффект добумина после прекращения инфузии сохраняется в течение	5 минут
		10 минут
		15 минут
208	При прогрессирующей гипотонии и отсутствии эффекта от допамина/добутамина показано введение	адреналина или норадреналина
		мезатона и преднизолона
		допамин в больших дозах (более 50мкг/кг/мин)
209	При прогрессирующей гипотонии и отсутствии эффекта от	2-4 мкг/мин

	допамина/добутамина показана инфузия адреналина в дозе	
		10-20 мкг/мин
		40-50мкг/мин
210	При прогрессирующей гипотонии и отсутствии эффекта от допамина/добутамина показана инфузия норадrenalина в дозе	0,2-1 мкг/мин
		2-4 мкг/мин
		α) мкг/мин

Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки

(компетенции: УК-1.1, ОПК-1.1, ПК-4.5, ПК-4.6)

1. Практические навыки

1. осмотр уха с помощью воронки Зигля,
2. осмотр носовой полости с применением жесткого эндоскопа,
3. осмотр носовой полости, носоглотки и гортани с применением риноларингофиброскопа,
4. продувание слуховых труб по Политцеру,
5. катетеризация слуховой трубы с помощью ушного катетера (канюля Гартмана),
6. удаление инородного тела уха, удаление инородного тела носа,
7. инструментальное удаление инородного тела гортани,
8. пункция верхнечелюстной пазухи
9. парацентез барабанной перепонки
10. микроскопия уха, горла, носа.

11. Контрольные вопросы

1. Методы остановки носового кровотечения.

Пробное лечение пациентов с интенсивным кровотечением заключается в остановке кровотечения из передних отделов полости носа. Необходимость заместительного переливания крови определяют по уровню гемоглобина, наличию симптомов анемии и уровню основных физиологических показателей. Проводят лечение кровотечения, если оно выявлено.

А) Кровотечение из передних отделов полости носа

Обычно для остановки кровотечения достаточно зажать крылья носа на 10 минут; пациент при этом должен сидеть прямо (если возможно). В случае, если после этого кровотечение не прекращается, вводят ватный тампон, пропитанный сосудосуживающим средством (например, фенилэфрином 0,25%) и местным анестетиком (например, лидокаином 2%) и нос зажимают еще на 10 минут. Затем при визуализации места, откуда началось кровотечение, можно провести прижигание данного участка нитратом серебра, нанесенным на аппликатор, или с помощью электрокаустики. Наиболее эффективно прижигание в 4 квадрантах в непосредственной близости от кровоточащего сосуда. Данную манипуляцию необходимо проводить с осторожностью во избежание прожигания слизистой; в связи с этим нитрат серебра является методом выбора.

В качестве альтернативы может быть введен носовой тампон из поролонa. Покрытие тампона местной мазью, такой как бацитрацин или мупиноцин, может быть полезным как в качестве смазки, так и в качестве профилактики инфекций. Если эти методы неэффективны, могут быть использованы различные имеющиеся в продаже назальные баллоны для сжатия кровоточащих участков.

В качестве другой альтернативы может быть выполнена передняя тампонада носа с помощью пропитанного вазелином марлевого тампона шириной 1 см; может понадобиться тампон длиной до 175 см. Эта процедура болезненна, и, как правило, необходимы анальгетики; ее следует использовать только тогда, когда другие методы неэффективны или не доступны.

В) Кровотечение из задних отделов полости носа

Остановка носового кровотечения из задних отделов полости носа может вызвать трудности. Специальные назальные баллоны удобны и быстродейственны; тампонирование заднего отдела носовой полости также эффективно, но гораздо сложнее. Оба очень неудобны; могут потребоваться внутривенно седация и анальгезия, и требуется госпитализация.

Инструкция по применению баллона, как правило, прилагается.

Для задней тампонады используют туго свернутый и перевязанный 2 плотными шелковыми хирургическими нитями тампон из 10-ти сантиметровых марлевых салфеток, пропитанный антибактериальной мазью. Нити привязывают к катетеру, проведенному через нос в ротовую полость. Затем катетер удаляют через нос, и по мере его удаления тампон устанавливается в носоглотке. Вторую нить, остающуюся длинной, оставляют свисать вдоль задней стенки глотки и фиксируют ниже уровня мягкого неба так, чтобы в последующем с ее помощью можно было удалить тампон. Переднюю часть носовой полости плотно тампонируют с помощью 1 см марли, пропитанной вазелином, и над свертком марли на переднюю часть ноздрей накладывают 1-й шов, чтобы закрепить задний тампон. Марлевый тампон оставляют в носовой полости на 4-5 дней. Для профилактики синусита и отита назначают антибиотик (например, амоксициллин/клавулановая кислота по 875 мг перорально 2 раза/сут на 7-10 дней). Задняя тампонада снижает уровень PO₂ в крови, вследствие чего пациентам показана O₂-терапия, пока тампон находится в носовой полости. Эта процедура вызывает дискомфорт, и ее при возможности следует избегать.

В некоторых случаях внутренняя верхнечелюстная артерия и ее ветви должны быть лигированы для контроля кровотечения. Артерии можно перевязать клипсами под эндоскопическим или микроскопическим контролем и хирургическим путем используя доступ через верхнечелюстную пазуху (внутренний верхнечелюстной) или трансназальный эндоскопический (основно-небный). Альтернативой является ангиографическая эмболизация сосудов под контролем опытного рентгенолога. Эти процедуры, если сделаны своевременно, могут сократить срок пребывания в стационаре.

Нарушения гемостаза

При синдроме Ренбю – Олсер – Вебера дерматопластика носовой перегородки позволяет уменьшить количество кровотечений и снизить степень анемии. Во время операции возможно одновременное проведение лазерного прижигания сосудов. Селективная эмболизация весьма эффективна, особенно при безуспешном хирургическом лечении или при противопоказаниях к общему наркозу. Новые эндоскопические устройства позволяют проводить трансназальную операцию более эффективно.

Больным с тяжелыми заболеваниями печени необходимо делать очистительные клизмы и назначать слабительное во избежание гепатической энцефалопатии вследствие заглатывания большого количества крови. Необходима стерилизация желудочно-кишечного тракта путем приема непоглощаемых антибиотиков (например, неомицин 1 г перорально 4 раза в день) для предотвращения разложения крови и впитывания аммиака.

2. Стенозы гортани.

Стеноз гортани, сужение дыхательной щели, это не отдельная нозологическая единица, а симптомокомплекс, характеризующийся определенными клиническими проявлениями.

Причинами острого стеноза гортани могут быть инородные тела, травмы, аллергические реакции, различные инфекционные, неврологические и др. заболевания. В клинической картине, помимо симптомов, характерных для каждой конкретной нозологической формы, явившейся причиной острого стеноза гортани, у больных присутствует общий грозный синдром удушья. Тяжесть его проявления, опасность для жизни пациента диктуют необходимость рассмотрения острых стенозов гортани отдельно, тем более что на выбор тактики лечения больного оказывает влияние зачастую не столько причина стеноза, сколько его стадия. Малейшее промедление при оказании помощи пациенту с острым стенозом гортани может привести к его гибели.

Острый стеноз гортани может быть обусловлен следующими причинами:

1. Изменением стенки гортани (инфекционно-воспалительный инфильтрат, аллергический отек, посттравматический отек, гематома и т.д.).
2. Попаданием инородных тел экзогенных (фрагменты пищи, зубные протезы, игрушки и т.д.) или эндогенных (зубы, лимфоидная ткань миндалин после тонзиллотомии и аденотомии, корки, густая мокрота).
3. Неподвижностью структур гортани вследствие двустороннего паралича возвратного нерва (п.

recurrens) или двустороннего анкилоза перстне-черпаловидных суставов. 4. Сдавлением гортани извне (в результате травмы хрящей гортани, гематомы шеи, инфильтративно-воспалительные процессы на шее).

А) Клиника острых стенозов гортани

Роль стеноза гортани и трахеи с клинической точки зрения определяется главным образом тем, в какой мере стеноз может угрожать жизни больного. Стеноз верхних дыхательных путей при декомпенсации может привести к гибели больного, а при его компенсации несет в себе опасность нарушения деятельности различных органов и систем организма, что становится главным фактором его патогенного действия на организм.

По течению стенозы гортани можно разделить на:

1. Молниеносные (инородные тела гортани, некоторые варианты травм)
2. Острые (гортанная ангина, аллергический отек, ожоги гортани термические и химические и пр.).
3. Подострые (дифтерия гортани, перихондрит гортани).
4. Хронические (опухоль, рубцовые изменения, специфические гранулематозы и пр.).

Клиническое течение острых, подострых и хронических стенозов гортани существенно отличается. Дыхательные нарушения при хроническом стенозе гортани нарастают медленно, постепенно подключаются все возможные компенсаторные механизмы организма. Благодаря этому, больные с хроническими стенозами гортани иногда длительно пребывают в стадии компенсации с таким просветом дыхательной щели, острое формирование которой неизбежно привело бы к быстрой декомпенсации. С другой стороны, переход стадии компенсации в стадию декомпенсации и асфиксии происходит молниеносно из-за отсутствия резерва компенсаторных возможностей. Эту особенность клинического течения хронических стенозов гортани необходимо учитывать при выборе лечебной тактики, кажущаяся стабильность состояния больного нередко успокаивает врача, выжидательная тактика может привести к гибели пациента. С другой стороны, при острых стенозах гортани не успевают в полной мере подключиться механизмы компенсации, нет необходимой адаптации, резко проявляется гипоксия, наступает удушье. Тяжесть состояния больного и лечебная тактика зависят от стадии стеноза гортани. Деление на стадии носит во многом условный характер, но имеет большое практическое значение, так как клиническая оценка стадии стеноза определяет алгоритм действия врача любого профиля.

Различают четыре стадии течения стенозов гортани:

1. Компенсация;
2. Субкомпенсация;
3. Декомпенсация;
4. Асфиксия.

- Стадия компенсации стеноза. Появляется чувство затруднения дыхания при физической нагрузке. В процессе развития стеноза характерно в разной степени выраженное замедление и углубление дыхания, укорочение паузы между вдохом и выдохом. В покое, как правило, ничем себя не проявляет, при физической или психоэмоциональной нагрузке возникает заметное углубление дыхательных движений, снижается частота дыхания. Может быть тахикардия, повышается минутный объем сердца, артериальное давление.

- Стадия субкомпенсации. Инспираторная одышка в покое, дыхание стридорозное (шумное). В дыхательном акте характерно участие вспомогательной мускулатуры: «раздувание» крыльев носа, втяжение над- и подключичных ямок, межреберных промежутков, связанное с увеличением отрицательного давления в грудной полости вследствие затрудненного поступления воздуха в нижние отделы дыхательной системы. Разрежение воздуха в нижних дыхательных путях и легких ведет к нарушению кровотока в малом круге. Нарастает тахикардия, развивается акроцианоз. Появляется психо-эмоциональное возбуждение, пациент занимает вынужденное положение, как правило, сидя, откинув голову, опираясь руками о постель.

- Стадия декомпенсации. Психо-эмоциональное возбуждение усиливается, появляется чувство страха, периодически спутано сознание. Характерно выраженное стридорозное дыхание, слышное на расстоянии, максимальное участие в дыхании вспомогательной мускулатуры, усиление экскурсий гортани (вниз при вдохе, вверх при выдохе). Холодный пот, руки, губы, нос становятся холодными (спазм периферических сосудов, централизация кровотока), нарастает распространенный цианоз. Дыхание частое и поверхностное. Нарастает тахикардия, артериальное давление падает, пульс слабого наполнения и напряжения, усугубляется ацидоз.

- Стадия терминальная (асфиксия). Проявляется нарушением сознания, Возбуждение сменяется апатией, сонливостью. Дыхательные движения частые и очень поверхностные, исчезают втяжения податливых мест грудной клетки на вдохе, исчезает стридор, возникает периодическое дыхание, при котором периоды дыхания чередуются с периодами апноэ. Дыхание Чейна-Стокса характеризуется нарастанием амплитуды дыхания до выраженного гиперпноэ, а затем уменьшением ее до апноэ, после которого опять наступает цикл дыхательных движений, заканчивающихся также апноэ. Гаспинг-дыхание (от англ. gasp – ловить воздух, задышаться) – это единичные, редкие, убывающие по силе «вздохи», которые наблюдаются при агонии, например, в заключительной стадии асфиксии. Такое дыхание называется также терминальным или агональным. Обычно «вздохи» возникают после временной остановки дыхания (претерминальной паузы). Артериальное давление падает, пульс нитевидный, сердечные тоны глухие, аритмичные. Далее наблюдается расширение зрачков, расслабление сфинктеров. Наступает клиническая смерть.

Правильная оценка степени стеноза гортани важна для определения алгоритма действия врача, в том числе вопрос о возможности транспортировки больного зависит во многом от стадии процесса. В четвертой стадии острого стеноза гортани (асфиксия) трахеостомия или интубация трахеи должны быть выполнены мгновенно в любых условиях, промедление неизбежно приведет к гибели больного. Стеноз гортани 3 степени (декомпенсация) требует срочной трахеостомии (интубации трахеи) на месте, транспортировка больного без предварительного восстановления дыхательной функции опасна. Во второй стадии, как правило, транспортировка возможна, в зависимости от причины стеноза гортани может быть наложена трахеостома (интубация трахеи) или проводиться соответствующее медикаментозное лечение. В первой стадии, как правило, проводится медикаментозное лечение.

Необходимо провести дифференциальный диагноз с удушьем легочного и сердечного происхождения. В дифференциальной диагностике этих состояний помогает оценка характера одышки (экспираторная при бронхоспазме, инспираторная при стенозе), положения больного (при бронхоспазме больной сидит, опираясь на плечевой пояс), стридорозное дыхание не встречается при одышке сердечного или легочного происхождения. Существенное значение имеет соответствующая симптоматика заболеваний легких и сердца: данные аускультации, ЭКГ, наличие периферических отеков, т. д.

Важно уметь клинически дифференцировать стеноз гортани и трахеи, так как от этого нередко зависит и необходимость трахеостомии, и выбор уровня ее наложения. Дисфония является характерным признаком гортанной патологии, только паралитические стенозы гортани не сопровождаются дисфонией, при стенозах трахеи голос не изменен. При ларингеальном стенозе гортань совершает движения вверх и вниз при дыхании, при трахеальном стенозе она остается неподвижной. Стридор выслушивается в проекции стеноза, что также может указать на его уровень.

В) Лечебная тактика

Важно установить причину стеноза гортани, так как она определяет не только этиотропное лечение заболевания, но и нередко подсказывает характер течения, что влияет на выбор лечебной тактики. Например, аллергический отек гортани быстро может быть купирован внутривенным введением кортикостероидов, а стеноз гортани, обусловленный травмой или инородным телом не может быть быстро ликвидирован на фоне медикаментозного лечения и требует своевременного хирургического пособия.

Лечебные мероприятия при стенозе гортани должны включать:

1. Восстановление при возможности просвета гортани (удаление инородных тел, эвакуация корок, мокроты, вскрытие абсцесса гортани и т. д.)

2. Уменьшение отека слизистой гортани:

а) внутривенная инфузия дегидратирующих и противовоспалительных средств: осмотические диуретики, кортикостероиды, хлористый кальций, сернокислая магнезия, антигистаминные препараты, антибиотики по показаниям и т.д.),

б) топическое применение дегидратирующих и противовоспалительных препаратов в гортань в виде ингаляций или инстилляций (симпатомиметики, кортикостероиды, изотонический раствор соды, по показаниям муколитики, ферменты и т.д.),

3. Купирование ларингоспазма: вызвать более сильный рефлекс, например глоточный, введение нейролептиков (дроперидол), оксibuтират натрия (помимо центрального миорелаксантного и седативного эффекта, препарат оказывает антигипоксическое действие, снижает потребность мозговой ткани в кислороде), эуфиллин и пр.

4. Ингаляции кислорода для ослабления симптомов гипоксии

5. Депонирование тканевой жидкости в нижних конечностях (ножные ванны, горячие аппликации к икроножным мышцам, полусидячее положение больного),

6. Кардиотропные и препараты, улучшающие гемодинамику

7. Седативная терапия препаратами без угнетающего действия на дыхательный центр (опасно введение транквилизаторов, барбитуратов). Успокоить больного словом, а главное, собственным невозмутимым, уверенным в своих действиях видом, очень важно.

8. При неэффективности указанных мероприятий или при 3 и 4 стадиях стеноза гортани показано безотлагательное наложение трахеостомы или интубация трахеи.

3. Трахеотомия

Трахеотомия как метод лечения стенозов гортани известна с глубокой древности. В 124 году до н.э. римский врач Асклепиад из Вифинии сообщил о проведенной трахеотомии: он вскрыл "дыхательную артерию" по поводу удушья. Гален (131-201 гг. н.э.) описывает операцию, называя ее ларинготомией. Антил (IV в.) подробно изложил показания к трахеотомии. Называя операцию "фаринготомией". Фабриций из Аквапейти (XV в.) использовал трахеотомию для удаления инородных тел и предложил для поддержания просвета трахеи после ее поперечного вскрытия использовать прямую трубку. Кассерий в 1626 году изменил форму трахеостомической трубки, с тех пор трахеотомия и ларинготомия похожи на современные операции. В XVII в. была изобретена двойная трахеостомическая трубка (Жюри Мартен 1730). В XIX в. трахеотомию в России проводили В.В.Пеликан, Н.Н.Пирогов, В.А.Басов, Л.С.Севрук и др. по поводу дифтерийного крупа, рубцовых стенозов гортани, сифилиса гортани и т.д. С развитием медицины менялись показания к проведению трахеотомии, совершенствовалась ее техника. В современных условиях, при высоком уровне развития анестезиологии и реаниматологии, совершенствовании технических средств интубации и искусственной вентиляции легких трахеотомия не потеряла своего значения. Каждый врач осваивает технику наложения трахеостомы еще в студенческие годы, плановая трахеотомия, проводимая в условиях интубации трахеи и наркоза при соблюдении всех правил не является технически сложной операцией. Экстренная трахеотомия, проводимая без искусственной вентиляции легких и наркоза, нередко вне операционной, является сложным хирургическим вмешательством, от своевременности и правильности проведения которого зависит жизнь больного. Не останавливаясь непосредственно на технике трахеотомии, остановимся на некоторых особенностях проведения операции в экстренном порядке.

1. Важным условием для проведения трахеотомии является правильное положение больного: строго сагитальное расположение головы, тела. Линия плеч должна быть строго перпендикулярна средней линии шеи. Валик укладывается под плечи больного, при этом гортань и трахея максимально контурируются под кожей, увеличивается расстояние между кольцами трахеи, крупные сосуды шеи относительно трахеи смещаются кзади. К сожалению, нередко больного со стенозом гортани перевести в горизонтальное положение не удастся из-за нарастающей дыхательной недостаточности. В этом случае приходится накладывать трахеостому в положении больного сидя: ассистент запрокидывает голову больного назад, строго соблюдая ее срединное положение.

2. Идеальным видом анестезии при наложении трахеотомии является наркоз с интубацией трахеи и искусственной вентиляцией легких, однако в экстренных условиях, особенно, если показанием для операции является стеноз гортани, рассчитывать на возможность интубации трахеи не приходится, более того, повторные неудачные попытки ее осуществления могут усугубить ситуацию. Если позволяют условия и состояние пациента, может быть осуществлена местная инфильтрационная анестезия новокаином или лидокаином из четырех точек, образующих ромб (ямная вырезка, середина перстневидного хряща, передние края кивательных мышц), однако массивная инфильтрация тканей анестетиком может осложнить ориентировку в тканях. Разрез должен быть намечен до начала анестезии. В экстренной ситуации не следует тратить время на тщательное обкалывание анестетиком, необходимо быстро обнажить трахею, ввести новокаин в претрахеальное пространство, а после восстановления дыхания через трахеостому можно дополнить анестезию. В критических случаях допустима трахеотомия без анестезии.

3. Разрез кожи в экстренных случаях должен проводиться продольный. Более эстетичный горизонтальный разрез по кожной складке хорош для плановой хирургии. Продольный разрез достаточной длины позволит легче ориентироваться в ране, не потребует излишнего растягивания краев разреза ассистентом, что снизит риск потерять белую линию шеи. В случае отсутствия помощника, зажимы, симметрично фиксированные на средней части кожного разреза, будут достаточно эффективно раскрывать рану.

4. Выбор уровня рассечения трахеи (выше, ниже перешейка щитовидной железы или с ее

пересечением) в экстренной ситуации зависит во многом от анатомических особенностей больного и предполагаемого уровня стеноза. При подозрении на стеноз трахеи или на распространение патологического процесса гортани в трахею, имеет смысл накладывать трахеостому максимально низко. Однако в нижних отделах шеи над претрахеальной фасцией имеются богатые венозные сплетения, ранение которых чревато массивным кровотечением. Кроме того, низко расположенный раневой канал более длинный, что повышает риск формирования ложного хода при смене трубки в послеоперационном периоде, вероятность развития подкожной эмфиземы. У стариков нередко имеется физиологическое опущение гортани, нижний край щитовидного хряща проецируется ниже верхнего края яремной вырезки грудины. Верхняя трахеотомия – единственно возможный вариант в этом случае, может быть осуществлена только после вытягивания гортани кверху однозубым крючком за перстневидный хрящ. В экстренных случаях следует избегать пересечения перешейка щитовидной железы. В большинстве случаев, даже при больших размерах его, после пересечения перстнещитовидной связки, удается мобилизовать и эффективно сместить перешеек книзу. При больших опухолях щитовидной железы приходится перешеек пересекать и при установленном морфологическом диагнозе после восстановления дыхания должен быть взят материал из ткани щитовидной железы для гистологического исследования. Верхняя трахеотомия технически часто представляется более простой, однако может не решить проблему восстановления дыхания при стенозах трахеи, кроме того, близкое расположение трахеостомического канала к перстневидному хрящу часто приводит к развитию хондроперихондрита гортани с последующим формированием хронического стеноза гортани, деканюлировать такого больного будет очень сложно.

5. Ориентировка в ране является залогом успешной безопасной трахеотомии. Хирург должен строго следовать белой линии шеи, послойно раздвигая мягкие ткани. Ассистент, удерживая крючки, должен оказывать симметричные усилия, избегая перетягивания тканей в сторону от средней линии. Полезно, при сложной ориентации, периодически извлекать крючки и пальпировать пальцем трахею (прощупывается «гофрированный» контур). У подростков, молодых женщин хрящи трахеи очень податливые, мягкие, трахея может попасть под крючок ассистента. В этом случае помочь сориентироваться может пальпация щитовидного и перстневидного хрящей и определения таким образом положения трахеи. При больших опухолях щитовидной железы, даже доброкачественных, трахея сплющивается от сдавления опухолью, но не теряет «гофрированность», пальпаторно может быть определена. В случае неуверенности или «потери» трахеи в ране, прежде чем отчаянно пытаться вскрыть трахею, возможно пропунктировать трахею иглой с шприцем – получение воздуха подтвердит что вы на правильном пути.

6. Гемостаз должен осуществляться до вскрытия трахеи для профилактики аспирации крови в нижние дыхательные пути, однако в экстренной ситуации достаточно ограничиться наложением зажимов без лигирования сосудов или даже простым тампонированием раны. После восстановления дыхания проводится тщательное лигирование кровоточащих сосудов, так как в послеоперационном периоде сохраняется риск аспирации крови, может быть усиление кровотечения на фоне стабилизации гемодинамики больного.

7. Рассечение трахеи при совершении гортанью движений вверх и вниз (что характерно для стенозов гортани) без предварительной фиксации гортани однозубым крючком, опасно ранением стенки пищевода. Разрез передней стенки трахеи предпочтительно проводить в горизонтальном направлении строго между кольцами трахеи. При правильном положении больного межхрящевые промежутки увеличены, при рассечении трахеи появляется зияние, пузыри воздуха, что облегчает введение зеркала Киллиана. Необходимо избегать широких разрезов на трахее из-за риска пересечения возвратных нервов в трахеопищеводной борозде, кроме того, широкий разрез создает предпосылки для развития подкожной эмфиземы в послеоперационном периоде.

8. Введение трубки в просвет трахеи – очень ответственный момент. Если плохо рассечена слизистая оболочка трахеи, то форсированное введение трубки приведет к отслойке слизистой, дыхание не будет восстановлено, а попытка проведения искусственной вентиляции только усугубит ситуацию. При введении трубки нередко происходит перелом хрящей трахеи с пролабированием фрагментов в ее просвет. Это осложнение можно избежать, используя следующий прием: удерживая канюлю в боковом положении, ввести ее верхний край в просвет трахеи, слегка «наступая» стенкой трубки на верхний хрящ, при этом расширяется просвет трахеи и далее вводится нижний край канюли, она продвигается книзу с одновременным разворотом в продольное положение.

9. Не следует тщательно ушивать кожную рану, так как неизбежно возникающий кашель в послеоперационном периоде может спровоцировать попадание воздуха под давлением в мягкие ткани

шеи, развитие подкожной эмфиземы. Кроме того, нередко трахеотомия накладывается уже при низком артериальном давлении у больного, травма щитовидной железы или другой источник кровотечения может остаться незамеченным во время операции, а после стабилизации гемодинамики начинается кровотечение, которое при плотно ушитой ране может привести к аспирации крови в нижние дыхательные пути. В этом случае все равно придется раскрывать кожную рану для проведения ревизии и гемостаза. Оставленная кожная рана создает оптимальные условия для смены трубки в послеоперационном периоде. Риск инфицирования зияющей кожной раны не более чем ушитой при соблюдении обычных правил асептики, более того всегда инфицированный раневой канал вокруг канюли при плотно ушитой коже может способствовать формированию глубоких гнойников, тогда как при неушитой ране сохраняется хороший дренаж по ходу раневого канала, что предотвращает формирование абсцессов. Рекомендуется наложить швы на углы кожной раны, а после деканюляции могут быть наложены вторично отсроченные швы.

10. С целью профилактики образования кожной эмфиземы в первые сутки после трахеотомии предпочтительнее использовать трахеостомическую канюлю с манжетой. Правильно подобранная трахеостомическая канюля с манжетой препятствует повышению давления воздуха в трахеостомическом канале при кашле и препятствует возможной аспирации сукровичного отделяемого в просвет трахеи. Формирование сукровичных корок в просвете трахеи в первые сутки после операции может быть причиной асфиксии и гибели больного. Коникотомия, рассечение конической связки для восстановления дыхания может применяться только в отчаянных ситуациях, когда не возможно наложить трахеостому. Риск кровотечения и аспирации связан с расположением в области конической связки а. laryngea media из бассейна верхней щитовидной артерии. Нельзя оставлять канюлю в конической связке длительно из-за высокого риска развития перихондрита гортани и стойкого стеноза её. Сразу после стабилизации состояния больного и транспортировки его в стационар должна быть наложена классическая трахеотомия, а дефект конической связки ушит наглухо, необходимо провести адекватную противовоспалительную терапию для профилактики развития хондроперихондрита гортани. В ряде случаев может быть использована пункция трахеи - трахеопункция толстой иглой как вспомогательная мера, позволяющая выиграть время, иногда даже транспортировать больного. Для проведения пункции трахеи необходимо придать такое же положение больному как при трахеотомии. Пункция проводится в экстренных условиях без анестезии, левой рукой фиксируется гортань, трахея, прощупывается межхрящевой промежуток. Можно провести пункцию конической связки - коникопункцию, технически эта процедура проще, меньше риск травматизации задней стенки трахеи. Однако надо помнить о том, что при стенозе гортани происходит смещение гортани вверх и вниз, что затрудняет процедуру и увеличивает риск выпадения иглы при транспортировке больного. Кроме того, имеет смысл осуществлять пункцию заведомо ниже уровня стеноза. Через трахеопункцию или коникопункцию может быть по проводнику установлен катетер, который более удобен при необходимости транспортировки и менее опасен для задней стенки трахеи. Через катетер в просвете трахеи можно ингалировать кислород для борьбы с гипоксией.

4. Продувание ушей по Политцеру.

Продувание ушей по Политцеру – лечебно-диагностическая манипуляция, заключающаяся во введении в полость среднего уха воздуха через евстахиеву трубу. Процедура осуществляется при помощи одноименного баллона и отоскопа.

Подготовка к процедуре.

Непосредственно перед продуванием ушей проводят подготовку носовой полости – очищают ее от слизи, производят орошение сосудосуживающими препаратами для уменьшения отека.

Как проводится продувание ушей по Политцеру.

Процедуру должен проводить только ЛОР-врач, обладающий соответствующими навыками.

В подготовленную ноздрю вводят наконечник политцеровского баллона и прижимают его крылом носа для создания герметичности. Специальным отоскопом соединяют наружный ушной проход пациент с ушным проходом врача. После этого пациент просят произносить по слогам слово «па-ро-ход» и считать до трех. В момент произнесения гласного звук сжимают баллон, направляя тем самым поток воздуха в евстахиеву трубу. В этот момент врач и пациент слышат одинаковый звук: шипение при нормальной проходимости трубы или щелчок при наличии препятствия току воздуха. При наличии в полости среднего уха жидкости (серозного или гнойного характера) отмечается резкое ослабление дующего шума, выслушиваются звуки лопающихся пузырьков.

Процедура проводится аналогично для другого уха.

При восстановлении проходимости слуховой трубы выполняется 5-10 процедур с интервалом в 1-2 дня на протяжении 1-2 недель. При неэффективности курс продуваний рассматривают другие варианты восстановления проходимости слуховых труб.

Интерпретация результатов.

При оценке проходимости слуховой трубы продувание по Политцеру должно дополняться другими пробами: пробой с пустым глотком, пробами Тойнби и Вальсальвы, катетеризацией ушной трубы.

Если все пробы положительны, то отмечается I степень проходимости трубы. Если же положительный результат отмечается только при катетеризации, то проходимость трубы оценивают V степенью.

Показания.

Процедура показана в следующих случаях:

- определение последствий перенесенного тубоотита;
- восстановление проходимости евстахиевой трубы после евстахиита;
- оценка дренажной и вентиляционной функций слуховой трубы.

Следующие жалобы могут являться основанием для назначения процедуры:

- снижение слуха;
- боль в ухе;
- заложенность в ушах;
- аутофония – усиленное восприятие собственного голоса.

Противопоказания.

Острые воспалительные заболевания носа, носо- и ротоглотки, ввиду большой вероятности занесения инфекции в полость среднего уха, что может привести к гнойному среднему отиту.

Осложнения.

Как и любая инвазивная процедура, продувание ушей по Политцеру может осложняться.

Самыми распространенными осложнениями являются:

- баротравма – контузия барабанной перепонки и среднего уха повышенным давлением;
- разрыв барабанной перепонки;
- гнойный отит при пренебрежении противопоказаниями;
- кровотечение;
- эмфизема подкожной или окологлоточной клетчатки.

Помимо осложнений во время процедуры могут отмечаться побочные эффекты: шум в ушах, головокружение. Появление этих явления не является поводом для отказа от процедуры.

Недостатком этой процедуры является относительно низкая эффективность при восстановлении проходимости слуховых труб – положительный эффект отмечается только у 20-30% пациентов, перенесших тубоотит. К тому же процедура достаточно неприятная. Проведение ее крайне затруднено у маленьких детей. Проведение катетеризации слуховой трубы более эффективная методика, так как в результате этой процедуры имеется возможность введения в полость среднего уха лекарственных препаратов, что повышает терапевтическую эффективность метода.

Альтернативой политцеризации как диагностической манипуляции является динамическая тимпанометрия, позволяющая количественно определить давление в барабанной полости и вычислить его градиент при проведении той или иной пробы.

5. Катетеризация слуховой трубы.

Катетеризация слуховой трубы – лечебно-диагностическая манипуляция, при которой в слуховую (евстахиеву) трубу, соединяющую полость среднего уха с ротоглоткой, вводится катетер. Ушной катетер (канюля Гартмана) представляет собой изогнутую особым образом металлическую трубку с воронкообразным расширением.

Подготовка к процедуре.

Непосредственно перед продуванием ушей проводят подготовку носовой полости – очищают ее от слизи, производят орошение сосудосуживающими препаратами для уменьшения отечности.

Как проводится катетеризация слуховой трубы.

Под контролем передней риноскопии по нижнему носовому ходу в носовую полость вводится металлический катетер. Изогнутый «клювик» направлен вниз. Введение осуществляется до задней стенки ротоглотки. После это катетер поворачивается клювом к середине и подтягивается на себя до момента, когда он упрется в сошник (средняя носовая перегородка). Далее производится вращение

клюва на 120-150 градусов в латеральную сторону. При попадании его в устье слуховой трубы возникает ощущение провала.

Контроль положения катетера осуществляется путем осторожно вдвигания в катетер воздуха – пациент ощущает шум в ухе.

Интерпретация результатов.

В том случае, если закатетеризировать слуховую трубу не удалось, выставляется V степень проходимости трубы.

Для оценки проходимости евстахиевой трубы после ее катетеризации используют пробу с сахаринном или красителем (метиленовым синим). Эти пробы можно провести только при наличии в барабанной перепонке перфорационного отверстия. При этих пробах в барабанную полость вводится соответствующий раствор. В норме через 8-10 минут введенное вещество оказывается в носоглотке, что ощущается пациентом как появление сладкого привкуса (при пробе с сахаринном) или отмечается появление синьки в ротоглотке (при пробе с красителем). Удовлетворительной пробой считается появление указанных признаков через 10-25 минут, неудовлетворительной – более чем через 25 минут.

Показания.

Катетеризация проводится для оценки вентиляционной и дренажной функций слуховой трубы. В ходе катетеризации, а также других проб (Вальсальвы, Тойнби), при продувании ушей по Политцеру оценивается вентиляционная способность евстахиевой трубы.

Катетеризация показана также при лечении последствий перенесенного тубоотита. Через катетер можно вводить лекарственные препараты.

Катетеризация выполняется при безуспешности политцеризации, анатомических особенностях мягкого неба, при которых невозможно выполнить продувание.

Противопоказания.

Острые воспалительные заболевания носа, носо- и ротоглотки, ввиду большой вероятности занесения инфекции в полость среднего уха, что может привести к гнойному среднему отиту.

Неврологические и психические заболевания, при которых интенсивное воздействие на орган слуха может спровоцировать потерю сознания или судороги. К таким заболеваниям относят эпилепсию, болезнь Паркинсона.

Осложнения.

Самые распространенные осложнения:

- кровотечение;
- травма слизистой оболочки носоглотки;
- эмфизема окологлоточной клетчатки.

Успешность катетеризации зависит от нескольких факторов. В первую очередь, это опытность проводящего процедуру врача. В наименьшей степени на результат влияют аномалии носовой перегородки – ее искривление, появление на ней рубцов. Затрудняют процедуру узкие носовые ходы, полипоз носа.

Дополнительные сведения о катетеризации.

К недостаткам катетеризации следует отнести инвазивность метода. Процедура эта достаточно неприятная и у впечатлительных людей ее проведение может привести к обмороку. В последнее время катетеризация используется достаточно редко, в основном в стационарах. Для диагностики заболеваний органа слуха на передний план выходят объективные методы исследования: отоскопия посредством видеоотоскопа, эндоскопия внутреннего отверстия слуховой трубы.

Дополняет катетеризацию динамическая тимпанометрия, позволяющая количественно определить давление в барабанной полости и вычислить его градиент при различных пробах.

6. Пункция верхнечелюстной пазухи.

Пункция верхнечелюстной пазухи, именуемой гайморовой, впервые произведена более сотни лет назад, после чего и стала самым распространённым и эффективным методом лечения гнойно-воспалительных заболеваний околоносового синуса. Хотя за рубежом последнее время стараются не проводить такое хирургическое лечение и назначают для разрешения гнойного процесса длительные (около месяца) курсы антибиотикотерапии.

Отечественная же отоларингология придерживается классических методов. Их преимущество, по меньшей мере, в том, что столь продолжительная антимикробная терапия приводит к ослаблению иммунитета, развитию кандидоза (молочницы) на фоне нарушения баланса естественной микрофлоры человека.

Более того при остром процессе выздоровление наступает, можно сказать, практически сразу

после выхода гноя из полости носа и, соответственно, пропадает необходимость ожидать результата столь длительное время. Однако в последнем случае речь идет исключительно про острый первичный гайморит.

Хронические формы болезни требуют несколько иного лечения и длительных курсов антибиотиков.

Значение.

Прежде всего, задача пункции освободить носовую полость от патологического содержимого (гноя). Кроме того пункция позволяет определить характер патологического процесса (гнойное или негнойное, содержит кровь или нет, присутствуют ли опухолевые клетки или нет) в сложных диагностических случаях, когда другими методами этого достичь не удастся.

Показания к процедуре.

Основными показаниями для выполнения пункции околоносовой пазухи при гайморите являются:

- Отсутствие клинического эффекта от консервативной (без хирургического вмешательства) терапии. Как при остром, так и при хроническом гайморите;
- Тяжелое общее состояние человека, которое сопровождается сильными головными болями и болями в области пазух;
- Скопление крови в пазухе носа;
- Определение уровня жидкости на рентгенографическом исследовании;
- Полное нарушение естественного оттока жидкости из пазухи;
- Необходимость проведения контрастного рентгенографического исследования.

Противопоказания.

Прокол противопоказан:

- Маленьким детям;
- Лицам с острыми инфекционными заболеваниями;
- Лицам с тяжелыми формами заболеваний (сахарный диабет, артериальная гипертензия);
- При анатомических дефектах гайморовой пазухи.

Техника выполнения.

Если пункция проводится по поводу такого заболевания, как гайморит, то манипуляция состоит из следующих этапов.

Сначала проводят обезболивание (анестезию). Для этого раствор Лидокаина или Дикаина в сочетании с адреналином (для сужения сосудов слизистой с целью лучшего обзора) наносят при помощи марлевого тампона на поверхность слизистой оболочки в нижний носовой ход.

Пункция проводится при помощи специальной иглы Куликовского. Врач вводит ее под нижнюю носовую раковину примерно на 2 см, так именно в этом месте ее стенка наиболее податлива. После определенного усилия происходит так называемый «провал» в гайморову полость. Затем следует аспирировать (удалить) шприцом содержимое, хотя в подавляющем большинстве случаев оно само начинает выделяться в полость носа. Пазуху после процедуры промывают раствором антисептиков. При необходимости можно установить дренаж и провести повторную пункцию.

Осложнения.

Последствия после прокола могут быть следующие:

- Кровотечение;
- Прокалывание верхней стенки пазухи (глазничная пункция);
- Прокалывание передней стенки пазухи (щечная пункция);
- Воздушная эмболия.

Лечение после прокола.

Дальнейшее лечение предполагает назначение антибиотиков, противовоспалительных средств (НПВС), противоаллергических (антигистаминных).

Кроме того следует уделить особое внимание восстановлению иммунитета, правильному сбалансированному питанию и витаминотерапии.

Отверстие в кости «зарастает» через несколько недель и не приводит к необходимости повторных пункций, как бытует мнение.

7. Парацентез барабанной перепонки.

Парацентезом барабанной перепонки называется медицинская манипуляция, в ходе которой ЛОР-врач производит прокол или разрез барабанной перепонки. Парацентез производится при среднем

отите, когда воспалительный экссудат заполняет полость среднего уха и приводит к значительному повышению давления в нем. В такой ситуации парацентез является единственным способом лечения среднего отита и избавления от признаков раздражения внутреннего уха (головной боли, тошноты, головокружения).

Хотя парацентез является достаточно инвазивной процедурой, отказ от него чреват серьезными осложнениями. Острый средний отит может привести к следующим осложнениям: отогенный паралич лицевого нерва, тугоухость, лабиринтит, мастоидит, менингит и др.

Показания.

Показания к парацентезу следующие:

1. Острый гнойный средний отит.
2. Долго не разрешающийся вялотекущий средний отит.
3. Скарлатинозный отит.

Клиническими признаками, при которых проведение парацентеза не стоит откладывать, являются:

- болевой синдром в ухе;
- гипертермия (высокая температура);
- наличие вышеуказанных осложнений;
- выбухание барабанной перепонки.

Техника выполнения.

Предварительно наружный слуховой проход очищают механически – удаляют серу, салные выделения, производят дезинфекцию кожи наружного слухового прохода спиртом или другим антисептиком.

Парацентез можно проводить без анестезии, но эмоциональным людям, детям и по желанию пациента возможно проведение процедуры под местной анестезией. Для этого под зрительным контролем в слуховой проход вплотную к барабанной перепонке вводят ватку, пропитанную местным анестетиком, и оставляют ее на 5-7 минут, после чего удаляют.

Положение пациента во время процедуры – сидя или лежа. Голову фиксирует помощник врача во избежание случайных движений. В слуховой проход вводится ушная воронка большого размера. Освещение производится налобным рефлектором. Под визуальным контролем в воронку вводится парацентезная игла. Не касаясь иглой стенок ушного прохода. Ее доводят до барабанной перепонки, выполняют вкол и вертикальный разрез в заднем отделе перепонки.

При правильно выполненном парацентезе через разрез начинает отходить гнойное содержимое барабанной полости. После процедуры в наружный слуховой проход вводят стерильную марлевую турунду.

Рекомендации после проведения парацентеза.

Обязательно продолжение антибактериальной терапии отита. Турунду в ухе меняют каждые 3-4 часа или по мере пропитывания ее гнойным отделяемым. При уменьшении количества отделяемого обязательно проводят контрольную отоскопию. При слипании краев разреза барабанной перепонки парацентез выполняют повторно.

Осложнения парацентеза барабанной перепонки.

К осложнениям следует отнести:

- травма стенки слухового прохода парацентезной иглой;
- травма медиальной стенки барабанной полости, возникающая при чрезмерно глубоком введении иглы.

При выполнении парацентеза неопытным специалистом возможно неполноценное выполнение процедуры – выполняется неполноценный прокол перепонки, а только царапанье. В этом случае процедуру приходится повторять.

Дополнительная информация.

Довольно распространено мнение о том, что парацентез опасен для слуховой функции уха и может привести к тугоухости и глухоте. Однако данное утверждение является ошибочным. Многочисленные исследования доказали, что своевременное проведение парацентеза значительно снижает риск развития осложнений гнойного отита. К тому же, при лечении гнойного среднего отита консервативными методами, происходит организация гнойного экссудата, что сопровождается риском появления в барабанной полости рубцов и сращений. А рубцы и сращения в 100% случаев приводят к нарушениям слуха.

Наличие отверстия в барабанной перепонке после парацентеза никак не влияет на функцию слуха, к тому же отверстие самостоятельно зарастает через несколько дней.

8. Классификация инородных тел верхних дыхательных путей и ушей.

Инородные тела уха.

Различают два вида инородных тел уха — живые и неживые. Живые — это различные насекомые (клопы, тараканы, мошки, мухи и др.), неживые — мелкие предметы (пуговицы, бусины, горох, косточки от ягод, семечки, куски ваты и др.), которые попадают в наружный слуховой проход.

Наиболее часто инородные тела, как правило, не вызывают никаких болевых ощущений и нахождение их в ухе не ведет к каким-либо серьезным последствиям. Поэтому первой помощи в таких случаях не требуется. Необходимо подчеркнуть, что всякие попытки окружающих или самого пострадавшего удалить инородное тело могут лишь способствовать дальнейшему проталкиванию этих тел в глубь слухового прохода. Извлечение таких инородных тел неспециалистом категорически запрещается, так как это может привести к тяжелым осложнениям: перфорации барабанной перепонки, инфицированию среднего уха, и т. д.

Живые инородные тела могут вызвать неприятные субъективные ощущения — чувство сверления, жжения и боли.

Инородные тела носа.

Все инородные тела носа разделяются на такие категории:

- органические (косточки плодов, кусочки пищи, овощей, фруктов, спички, куски бумаги, семена);
- неорганические (камни, мелкие пуговицы, бусины, фрагменты пластмассовых игрушек, губки, вата, куски поролона);
- металлические (шурупы, значки, кнопки, булавки, пуговицы, гвозди, иголки, монеты, осколки боевых снарядов);
- живые (личинки, гельминты, пиявки, насекомые).

Инородные тела глотки.

Классификация зависит от их локализации:

- верхняя (инородное тело в носоглотке);
- средняя (в ротоглотке);
- нижняя (в гортаноглотке).

Самыми распространенными являются инородные тела ротоглотки и гортаноглотки. Носоглоточная локализация инородных тел — достаточно редкая патология, поскольку попаданию инородных тел в эту часть предшествует паралич мягкого неба, такие явления обусловлены влиянием заболеваний ствола головного мозга (опухоли, ишемический и геморрагический инсульт, нейросифилис, сирингомиелия и пр.).

Характер инородных тел глотки подразумевает наличие живых, бытовых, пищевых и ятрогенных инородных тел. В основном, диагностируются инородные тела глотки, которые представляют собой рыбные и мясные кости, куски плохо пережеванного мяса и подобное. Среди бытовых инородных тел глотки часто бывают гвозди, шурупы, пуговицы, булавки, швейные иглы, кусочки дерева и стекла, зубные протезы, фрагменты мелких игрушек и монеты. К числу ятрогенных инородных тел относятся обломки медицинских инструментов (используемых в оториноларингологии, стоматологии и хирургии), тампоны, зубные сверла и прочее.

Происхождение инородных тел может иметь экзогенный и эндогенный характер. Эндогенные тела попадают в глотку путем восхождения по пищеводу или образуются уже непосредственно в ней. Они могут представлять собой петрификаты, образование которых происходит в крипах небных миндалин или мигрирующие в глотку аскариды из кишечника через желудок и пищевод. Инородные тела экзогенного характера попадают в глотку снаружи, через нос и рот.

Классификация глубины проникновения инородных тел подразумевает наличие поверхностных и глубоко проникающих инородных тел.

9. Отоскопия.

Отоскопия. Под этим понимают искусственное освещение глубоких частей слухового прохода и барабанной перепонки, а при нарушениях целостности этой последней или при полном ее отсутствии также и барабанной полости.

Отоскопию производят с помощью искусственного источника света, рефлектора и ушной воронки.

В качестве источника света можно пользоваться электрической лампой, керосиновой, а при

нужде и всякого рода светом (свечи и пр.).

Рефлектор представляет собой отрезок сферического зеркала с фокусным расстоянием от 10 до 20 см (лучше всего в 15 см) с центральным отверстием круглой или овальной формы. Его укрепляют на лбу с помощью лобной повязки из какой-нибудь, ленты или обруча из твердого каучука. Его называют поэтому также лобным зеркалом.

Применение рефлектора основано на следующем: лучи, идущие от источника света, попадают на рефлектор и от него отражаются в ухо больного. Оттуда лучи возвращаются тем же путем обратно к источнику света. Однако часть лучей проходит через отверстие рефлектора и попадает в находящийся позади последнего глаз наблюдателя.

Аномалии рефракции у наблюдателя корректируются соответственными очками.

Ушные воронки представляют собой небольшие конические трубочки разного внешнего вида. Они вводятся в слуховой проход больного для того, чтобы выпрямить кривизну прохода, так как световые лучи имеют прямолинейное направление и в извилистом слуховом проходе не могут попасть на барабанную перепонку. Лишь в исключительных случаях слуховой проход бывает настолько широк и мало извилист, что становится возможным осмотр без ушной воронки.

Техника отоскопии такова: больного усаживают на стул, маленьких детей держат на руках мать или кто-либо из помогающего персонала. Источник света ставится справа от больного на высоте его уха. Врач также садится перед больным, направляет при помощи рефлектора свет на область уха больного, оттягивает его ушную раковину назад, вверх и наружу (у маленьких детей назад, наружу и вниз) и этим выпрямляет кривизну слухового прохода. Затем вводит ушную воронку в ухо больного и потом слегка поправляет рефлектор, регулируя освещение. Глубже перепончато-хрящевой части слухового прохода вводить воронку не следует, так как кожа костной части слухового прохода очень чувствительна к прикосновению и давлению.

Для получения увеличенных образов можно пользоваться увеличительными стеклами, проще всего лупами в 9—10 диоптрий.

Существуют также особые лобные электрические лампы, делающие излишним применение рефлектора, так как лампа, находящаяся на лбу, освещает ухо.

Нормальная отоскопическая картина несколько отличается от вида барабанной перепонки на анатомическом препарате. Получается некоторое перспективное искажение барабанной перепонки, так как исследователь производит осмотр на большой глубине и к тому же рассматривает ее одним глазом.

Нормальная барабанная перепонка имеет жемчужносерый цвет, на ней видна рукоятка молоточка с коротким отростком и обе складки — передняя и задняя. Спереди и снизу виден блестящий световой рефлекс треугольной формы, зависящий от того, что от этого места световые лучи отражаются под прямым углом в глаз наблюдателя. Так как нормальная барабанная перепонка полупрозрачна, то сквозь нее могут просвечивать, длинный отросток

Для удобства описания патологических изменений на барабанной перепонке ее мысленно делят двумя взаимно перпендикулярными линиями на четыре участка, или квадранта: одна линия проводится по рукоятке молоточка и далее мысленно вниз до *annulus tympanicus*, другая — перпендикулярно к первой через нижний конец, рукоятки молоточка. Квадранты носят название передне-верхнего и задне-верхнего, передне-нижнего и задне-нижнего.

10. Риноскопия.

Риноскопия носа — это метод осмотра полости носа. Различают переднюю, среднюю и заднюю риноскопию.

Проведение риноскопии

Передняя риноскопия. Врач фиксирует голову больного правой рукой, положив ее на его затылок, а левой вводит в преддверие полости носа закрытые бранши носового зеркала (носорасширителя), раскрывая их там. Осматривают слизистую оболочку носовой полости, передний и часть среднего отдела носовой перегородки, передние отделы нижней и средней носовых раковин, дно полости носа.

При средней риноскопии носовое зеркало с удлиненными браншами вводится под среднюю носовую раковину для осмотра среднего носового хода или же в обонятельную щель, между средней раковиной и перегородкой.

Для задней риноскопии применяют маленькое носоглоточное зеркало, которое вводят правой рукой между задней стенкой глотки и маленьким язычком, подогретой зеркальной стороной обращенное к носоглотке.левой рукой шпатель отдавливается язык. Больной должен спокойно дышать носом при открытом рте, тогда расслабляется мягкое небо. Видны задние концы всех трех носовых раковин, перегородка носа (сошник), а также носоглотка.

Риноскопия (осмотр носовой полости) производится при помощи лобного рефлектора посредством носовых расширителей (зеркал), позволяющих раздвигать и приподнимать носдри и таким образом делать носовую полость доступной для освещения и осмотра.

Передняя риноскопия производится при нормальном положении головы. Раздвигая носдри носовым зеркалом, осматривают нижние этажи носовой полости — нижний носовой ход. При этом видны передний конец нижней раковины и передние отделы носовой перегородки. Если несколько запрокинуть голову назад, то удастся осмотреть средние и верхние отделы носовой полости. При этом виден передний конец средней раковины, а иногда при достаточной ширине носовых ходов удастся также осмотреть задние отделы раковины и носовой перегородки и заднюю стенку носоглотки.

Задняя риноскопия (осмотр задних отделов носа и носоглотки) производится через рот; пользуются при этом малыми зеркальцами диаметром 8—10 мм. Угол между зеркальцем и стержнем (ручкой) должен быть равен 115° (а не 125° , как у зеркал для ларингоскопии).

Методика риноскопии

Вначале слегка подогревают зеркало над спиртовкой. Язык больного слегка отдавливается книзу шпателем, зеркало вводится стеклом кверху и устанавливается в глубине глотки под язычком и по возможности сзади от него и мягкого нёба. Больному предлагается расслабить мягкое нёбо, чему способствует максимальное одновременное вдыхание воздуха через нос. Задняя риноскопия позволяет осмотреть носоглоточное пространство.

2. Тестовые задания

1. Брахирия — это

- 1) западение спинки носа вниз;
- 2) **значительное посттравматическое расширение носа;+**
- 3) посттравматическое сплющивание;
- 4) формирование горба после травмирования.

2. В какой период в полости носа создаются благоприятные условия для развития бактериальной инфекции?

- 1) 1-10 сутки;
- 2) **2-10 сутки;+**
- 3) 2-3 сутки;
- 4) 2-5 сутки.

3. В остром периоде травмы носа происходят

- 1) несущественные функциональные нарушения в слизистой оболочке полости носа;
- 2) существенные нефункциональные нарушения в слизистой оболочке полости носа;
- 3) **существенные функциональные нарушения в слизистой оболочке полости носа;+**
- 4) существенные функциональные нарушения в хрящевой ткани носа.

4. Восстановление респираторной, обонятельной функций и мукоцилиарного крилеренса приходится на

- 1) 10-14 сутки;
- 2) 2-3 сутки;
- 3) 5-7 сутки;
- 4) **7-10 сутки.+**

5. Вред здоровью средней степени тяжести встречается при переломе носа

- 1) без смещения;
- 2) с деформацией лица;
- 3) с нарушением мимики и деформацией лица;
- 4) **со смещением.+**

6. Для устранения деформации наружного носа используют следующие способы

- 1) **наружный;+**
- 2) смешанный;
- 3) **экстраназальный;+**
- 4) **эндоназальный.+**

7. Закрытые повреждения носа — это травмы

- 1) **не приводящие к повреждению кожных покровов носа;+**
- 2) приводящие к повреждению кожных покровов носа;
- 3) приводящие к повреждению кожных покровов носа и отсутствием в ране оголенной кости и ее отломков;

4) приводящие к повреждению кожных покровов носа и присутствием в ране оголенной кости и ее отломков.

8. К симптомам, указывающим на перелом костей носа, относится

- 1) девиация перегородки носа;
- 2) изменение формы носа;+
- 3) носовое кровотечение;+
- 4) образование гематомы.+

9. КТ травм околоносовых пазух предпочтительно изучать в следующих плоскостях

- 1) аксиальной;+
- 2) горизонтальной транспилорической;
- 3) корональной;+
- 4) саггитальной.+

10. Консервативное лечение при переломе костей носа заключается в назначении

- 1) анальгетиков;+
- 2) антибиотиков;
- 3) препаратов кальция;+
- 4) противоотечных и гемостатических препаратов;+
- 5) сосудосуживающих и антисептических капель в нос.+

11. Легкий вред здоровью встречается при переломе носа

- 1) без смещения;+
- 2) с деформацией лица;
- 3) с нарушением мимики и деформацией лица;
- 4) со смещением.

12. Лепториния — это

- 1) значительное посттравматическое расширение носа;
- 2) посттравматическое сплющивание;+
- 3) приплюснутость носа;
- 4) формирование горба после травмирования.

13. Моллериния — это

- 1) значительное посттравматическое расширение носа;
- 2) посттравматическое сплющивание;
- 3) приплюснутость носа;
- 4) размягчение костной опоры носа.+

14. Наиболее распространенная травма среди повреждений костей черепа это перелом

- 1) височной кости;
- 2) костей носа;+
- 3) пазух носа;
- 4) теменной кости.

15. Наиболее редко встречается перелом следующей околоносовой пазухи

- 1) верхнечелюстной;
- 2) клиновидной;+
- 3) лобной;
- 4) решетчатой.

16. Наиболее часто травма носа наблюдается у

- 1) детей;
- 2) женщин;
- 3) мужчин;+
- 4) пожилых.

17. Нарушение мукоцилиарного клиренса достигает максимума на

- 1) 1 сутки;
- 2) 2-3 сутки;+
- 3) 5-7 сутки;
- 4) 7-10 сутки.

18. Нарушение обонятельной функции носа достигает максимума на

- 1) 1 сутки;
- 2) 2-3 сутки;+
- 3) 5-7 сутки;
- 4) 7-10 сутки.

19. Нарушение респираторной функции носа достигает максимума на

- 1) 1 сутки;
- 2) **2-3 сутки;+**
- 3) 5-7 сутки;
- 4) 7-10 сутки.

20. Носовое кровотечение при травме носа может быть

- 1) легким;+
- 2) **незначительным;+**
- 3) **обильным;+**
- 4) отсутствовать.

21. Околоносовые пазухи располагаются в непосредственной близости от критических структур, включая

- 1) зрительный нерв;+
- 2) орбиту/глаз;+
- 3) **основание черепа;+**
- 4) преддверно-улитковый нерв;
- 5) сонную артерию.+

22. Основными клиническими симптомами переломов костей носа является

- 1) болезненность;+
- 2) **затруднение носового дыхания;+**
- 3) **кровотечение;+**
- 4) ночной кашель;
- 5) **отечность.+**

23. Открытые повреждения носа — это травмы

- 1) не приводящие к повреждению кожных покровов носа;
- 2) приводящие к повреждению кожных покровов носа;
- 3) приводящие к повреждению кожных покровов носа и отсутствием в ране оголенной кости и ее отломков;
- 4) **приводящие к повреждению кожных покровов носа и присутствием в ране оголенной кости и ее отломков.+**

24. Отсроченное хирургическое лечение переломов костей носа определяется на

- 1) 10-15-е сутки;
- 2) 4-15-е сутки;
- 3) 5-15-е сутки;
- 4) **8-15-е сутки.+**

25. Перелом костей носа включает в себя повреждения следующих анатомических структур

- 1) лобные отростки верхней челюсти;+
- 2) **носовые кости;+**
- 3) **перегородку носа;+**
- 4) скуловые кости.

26. Перелом костей носа — это

- 1) комбинированная травма, нарушение анатомического строения костей носа;
- 2) **механическая травма, нарушение анатомического строения костей носа;+**
- 3) механическая травма, нарушение анатомического строения костей носа и близлежащих костных структур;
- 4) термическая травма, нарушение анатомического строения костей носа.

27. Плановое хирургическое лечение переломов костей носа определяется на

- 1) от 3 месяцев после травмы;
- 2) от 5 месяцев после травмы;
- 3) **от 6 месяцев после травмы;+**
- 4) от месяца после травмы.

28. Платириния — это

- 1) значительное посттравматическое расширение носа;
- 2) посттравматическое сплющивание;
- 3) **приплюснутость носа;+**
- 4) формирование горба после травмирования.

29. По срокам хирургического лечения переломов костей носа подразделяется на

- 1) отложенное (10-15-е сутки);
- 2) отложенное (8-15-е сутки);+
- 3) плановое (от 6 месяцев после травмы);+
- 4) раннее (1-10-е сутки);
- 5) раннее (1-7-е сутки).+

30. Преимуществом ультразвуковой диагностики при травме носа является

- 1) безвредность;+
- 2) возможность выявления сопутствующих травматических повреждений орбит, околоносовых пазух и основания черепа;
- 3) возможность многократного повторения для контроля за эффективностью репозиции и консолидацией отломков;+
- 4) неинвазивность.+

31. При переломе костей носа функция обоняния может нарушаться вследствие

- 1) результата кровоизлияния в обонятельную область;+
- 2) сдавления ветвей обонятельных нервов отеком нижних носовых раковин;
- 3) сдавления ветвей обонятельных нервов смещенными костными отломками;+
- 4) сопутствующей черепно-мозговой травмы.+

32. При сборе анамнестических данных при переломе костей носа необходимо учесть

- 1) возраст пациента;
- 2) механизмы травмы;+
- 3) обстоятельства травмы;+
- 4) сроки.+

33. Раннее хирургическое лечение переломов костей носа определяется на

- 1) 1-10-е сутки;
- 2) 1-3-е сутки;
- 3) 1-5-е сутки;
- 4) 1-7-е сутки.+

34. Рентгенодиагностика при переломе костей носа помогает определить

- 1) направление смещения костных отломков;+
- 2) способ хирургического вмешательства;
- 3) характер и локализацию перелома костей носа;+
- 4) эффективность иммобилизации и сращения костных отломков после репозиции.+

35. Ринокифоз — это

- 1) западение спинки носа вниз;
- 2) отклонение носа от срединной линии вправо или влево;
- 3) посттравматическое сплющивание;
- 4) формирование горба после травмирования.+

36. Ринолордоз — это

- 1) западение спинки носа вниз;+
- 2) отклонение носа от срединной линии вправо или влево;
- 3) посттравматическое сплющивание;
- 4) формирование горба после травмирования.

37. Риносколиоз — это

- 1) западение спинки носа вниз;
- 2) отклонение носа от срединной линии вправо или влево;+
- 3) посттравматическое сплющивание;
- 4) формирование горба после травмирования.

38. С момента травмы носа наступают нарушения

- 1) мукоцилиарного клиренса;+
- 2) обонятельной функции;+
- 3) резонаторной функции;
- 4) респираторной функции.+

39. Самым тяжелым считается перелом носа в результате

- 1) бокового удара по нему;+
- 2) прямого удара по нему;
- 3) удара сверху по нему;
- 4) удара снизу по нему.

40. Тяжесть повреждения перелома носа определяется

- 1) резкостью удара;+
- 2) силой удара;+
- 3) скоростью удара;+
- 4) траекторией удара;
- 5) углом удара.+

41. Тяжкий вред здоровью встречается при переломе носа

- 1) без смещения;
- 2) с деформацией лица;
- 3) с нарушением мимики и деформацией лица;+
- 4) со смещением.

42. Ультрасонография при переломе костей носа проводится в следующих проекциях

- 1) боковой левой;+
- 2) боковой правой;+
- 3) задней продольной;
- 4) передней поперечной;+
- 5) передней продольной.+

43. Целью хирургического лечения при переломе костей носа является

- 1) проведение мероприятий, направленных на стимуляцию процессов репарации в травмированных тканях;+
- 2) репозиция смещенных отломков;+
- 3) удаление патологического содержимого в околоносовых пазухах;
- 4) устранение нарушения формы и функции носа.+

44. Эндоскопическое исследование при травме носа позволяет

- 1) определить источник кровотечения и ликвореи;+
- 2) оценить степень повреждения внутриносовых структур, перегородки носа;+
- 3) оценить степень повреждения внутриносовых структур, перегородки носа и близлежащих анатомических структур;
- 4) проводить их цифровую фото- и видеодокументацию.+

45. Эффективность хирургического лечения при травме носа проводят по следующим критериям

- 1) восстановление формы;+
- 2) защитной функции носа;
- 3) обонятельной функции носа;
- 4) респираторной функции носа.+

46. Методы остановки носового кровотечения

- +передняя тампонада в сочетании с медикаментозной терапией
- +задняя тампонада
- +перевязка наружной сонной артерии
- +перевязка передней решетчатой артерии
- перевязка задней решетчатой артерии
- перевязка общей сонной артерии

47. Носовое кровотечение бывает следствием

- +гипертонической болезни
- +ОРВИ
- +опухоли носа
- +травмы носа
- ишемической болезни сердца

48. При передней риноскопии мы видим

- +преддверие носа, нижнюю носовую раковину, передние отделы перегородки носа, нижний носовой ход, передний отдел средней носовой раковины и среднего носового хода и общий носовой ход
- соустье верхнечелюстной пазухи
- соустье лобной пазухи
- ямки Розенмюллера

49. Тяжелые носовые кровотечения - это

- +более 200 мл
- 100-200 мл

несколько капель
до 1 литра

50. Мероприятия при оказании помощи больному с открытым переломом костей носа
+обезболивание

+остановка кровотечения

+первичная хирургическая обработка раны

+репозиция отломков

+тампонада носа

+повязка

+введение ПСС

вскрытие мозговых оболочек

пункция верхнечелюстных пазух с двух сторон

51. Характерные симптомы открытого перелома костей носа

+нарушение целостности кожи или слизистой оболочки полости носа

+деформация носа

+кровотечение

+нарушение носового дыхания

+боль

шум в ушах

гематома

52. Характерные симптомы закрытого перелома костей носа

+деформация носа

+отек наружного носа

+боль

+нарушение носового дыхания

нарушение целостности кожных покровов

53. Возможные осложнения при длительной передней и задней тампонаде носа

+воспаление слизистой оболочки полости носа и околоносовых пазух

+острое воспаление среднего уха

возобновление кровотечения

искривление носовой перегородки

54. В образовании зоны Киссельбаха не принимают участие

1) верхняя губная артерия;

2) менингеальные артерии;+

3) нисходящая небная артерия;

4) решетчатые артерии;

5) язычная артерия.+

55. В строении латеральной стенки полости носа не принимает участие

1) горизонтальная пластинка небной кости;+

2) крыловидный отросток клиновидной кости;

3) лобный отросток верхней челюсти;

4) перпендикулярная пластинка небной кости;

5) слезная кость.

56. В строении латеральной стенки полости носа не принимают участие

1) большое крыло клиновидной кости;+

2) горизонтальная пластинка небной кости;+

3) крыловидный отросток клиновидной кости;

4) перпендикулярная пластинка небной кости;

5) слезная кость.

57. Для легкой степени носового кровотечения не является характерным

1) бледность кожных покровов и видимых слизистых;

2) головокружение;

3) отсутствие метаболических сдвигов в организме;+

4) слабость;

5) тахикардия.+

58. Для легкой степени носового кровотечения характерным является

- 1) нарастание кровопотери до 15-20% объема циркулирующей крови;
- 2) объем кровопотери свыше 20% объема циркулирующей крови;
- 3) объем кровопотери составляет 1000 – 1400 мл;
- 4) объем кровопотери составляет 500-700 мл;+**
- 5) объем кровопотери составляет от нескольких капель до нескольких десятков мл.

59. Для легкой степени носового кровотечения характерным является

- 1) бледность кожных покровов и видимых слизистых;+**
- 2) нарушение сознания;
- 3) нитевидный пульс;
- 4) отсутствие метаболических сдвигов в организме;
- 5) тахикардия.

60. Для легкой степени носового кровотечения является характерным

- 1) бледность кожных покровов и видимых слизистых;+**
- 2) нарушение сознания;
- 3) отсутствие метаболических сдвигов в организме;
- 4) слабость;+**
- 5) тахикардия.

61. Для незначительной степени носового кровотечения характерным является

- 1) головокружение;
- 2) отсутствие метаболических сдвигов в организме;+**
- 3) слабость;
- 4) снижение артериального давления;
- 5) тахикардия.

62. Для незначительной степени носового кровотечения характерным является

- 1) нарастание кровопотери до 15-20% объема циркулирующей крови;
- 2) объем кровопотери составляет 10-12% объема циркулирующей крови;
- 3) объем кровопотери составляет 1000 – 1400 мл;
- 4) объем кровопотери составляет 500-700 мл;
- 5) объем кровопотери составляет от нескольких капель до нескольких десятков мл.+**

63. Для остановки носовых кровотечений используют

- 1) аминокaproновую кислоту;
- 2) ацетилсалициловую кислоту;+**
- 3) препараты с провитамином К;
- 4) хлористый кальций;
- 5) этамзилат натрия.

64. Для остановки носовых кровотечений не используют

- 1) аминокaproновую кислоту;
- 2) ацетилсалициловую кислоту;+**
- 3) борную кислоту;+**
- 4) этамзилат натрия.

65. Для остановки носовых кровотечений применяют

- 1) гемостатические препараты;
- 2) метаболические препараты;
- 3) нижнюю щадящую конхотомию;
- 4) эмболизацию ветвей верхнечелюстной артерии;+**
- 5) этамзилат натрия.+**

66. Для проведения простейшего метода остановки носового кровотечения необходимо подготовить

- 1) ватный или марлевый шарик;+**
- 2) носорасширитель;
- 3) пинцет;
- 4) резиновый катетер;
- 5) шпатель.

67. Для среднетяжелой степени носового кровотечения характерным является

- 1) объем кровопотери свыше 20% объема циркулирующей крови;
- 2) объем кровопотери составляет 1000-1400 мл;+**
- 3) объем кровопотери составляет 500-700 мл;

4) объем кровопотери составляет от нескольких капель до нескольких десятков мл;

5) объем кровопотери составляет свыше 1000-1400 мл.

68. Для среднетяжелой степени носового кровотечения характерным является

1) нарушение сознания;

2) нитевидный пульс;

3) отсутствие метаболических сдвигов в организме;

4) резкое падение артериального давления;

5) снижение артериального давления.+

69. Для среднетяжелой степени носового кровотечения является характерным

1) нарушение сознания;

2) отсутствие метаболических сдвигов в организме;

3) резкое падение артериального давления;

4) снижение артериального давления;+

5) тахикардия.+

70. Для тяжелой степени носового кровотечения характерным является

1) головная боль;

2) отсутствие метаболических сдвигов в организме;

3) развитие геморрагического шока;+

4) снижение артериального давления;

5) учащенное сердцебиение.

71. Зона Киссельбаха — это

1) большое количество анастомозов в задних отделах полости носа;

2) большое количество анастомозов в области средней носовой раковины;

3) большое количество анастомозов на передней части перегородки носа;+

4) крупные кровеносные сосуды;

5) мелкие кровеносные сосуды.

72. К хирургическим методам остановки носового кровотечения относится

1) задняя тампонада;

2) перевязка наружной или общей сонной артерии;+

3) передняя тампонада;

4) простейший метод остановки носового кровотечения;

5) этмоидотомия.+

73. К хирургическому методу остановки носового кровотечения относится

1) задняя тампонада;

2) наложение гемостатической губки;

3) передняя тампонада;

4) простейший метод остановки носового кровотечения;

5) этмоидотомия.+

74. К хирургическому методу остановки носового кровотечения относится

1) задняя тампонада;

2) наложение гемостатической губки;

3) перевязка наружной или общей сонной артерии;+

4) передняя тампонада;

5) простейший метод остановки носового кровотечения.

75. Клиновидная пазуха граничит с

1) верхнечелюстной пазухой;

2) внутренней сонной артерией;+

3) кавернозным синусом;+

4) нижней носовой раковиной;

5) сошником.

76. Кровоснабжение клиновидной пазухи осуществляется

1) клиновидно-небной артерией;+

2) менингеальными артериями;+

3) поверхностной височной артерией;

4) решетчатыми артериями;

5) язычной артерией.

77. Кровоснабжение полости носа осуществляется

- 1) верхней щитовидной артерией;
- 2) клиновидно-небной артерией;+**
- 3) передней и задней решетчатыми артериями;+**
- 4) поверхностной височной артерией;
- 5) язычной артерией.

78. Кровоснабжение полости носа осуществляется

- 1) верхней щитовидной артерией;
- 2) задней околоушной артерией;
- 3) передней и задней решетчатыми артериями;+**
- 4) поверхностной височной артерией;
- 5) язычной артерией.

79. Кровоснабжение полости носа осуществляется

- 1) верхней щитовидной артерией;
- 2) задней околоушной артерией;
- 3) клиновидно-небной артерией;+**
- 4) поверхностной височной артерией;
- 5) язычной артерией.

80. Кровоснабжение решетчатого лабиринта осуществляется

- 1) верхней щитовидной артерией;
- 2) клиновидно-небной артерией;
- 3) решетчатыми артериями;+**
- 4) слезной артерией;+**
- 5) язычной артерией.

81. Методом диагностики носовых кровотечений является

- 1) непрягая ларингоскопия;
- 2) ольфактометрия;
- 3) отоскопия;
- 4) передняя риноскопия;+**
- 5) рентгенография.

82. Наиболее часто носовые кровотечения возникают

- 1) из верхнечелюстной пазухи;
- 2) из задних отделов носа;
- 3) из клеток решетчатого лабиринта;
- 4) из клиновидной пазухи;
- 5) из передних отделов носа.+**

83. Не являются хирургическими методами остановки носового кровотечения

- 1) нижняя щадящая конхотомия;+**
- 2) перевязка наружной сонной артерии;
- 3) радикальная операция на лобной пазухе;+**
- 4) эмболизация ветвей верхнечелюстной артерии;
- 5) этmoidотомия.

84. Некорректным высказыванием по теме носовое кровотечение является

- 1) для лечения носовых кровотечений используют гемостатические препараты;
- 2) для остановки носовых кровотечений используют метаболические препараты;+**
- 3) носовые кровотечения требуют оказания неотложной помощи;
- 4) остановка кровотечения является общеврачебной манипуляцией;
- 5) причиной носового кровотечения могут быть сердечно-сосудистые заболевания.

85. Некорректным высказыванием по теме носовое кровотечение является

- 1) перевязка наружной сонной артерии является хирургическим методом остановки носового кровотечения;
- 2) радикальная операция на лобной пазухи является хирургическим методом остановки носового кровотечения;+**
- 3) хирургические методы остановки носовых кровотечений применяют при неэффективности задней тампонады;
- 4) эмболизация ветвей верхнечелюстной артерии является хирургическим методом остановки носового кровотечения;
- 5) этmoidотомия является хирургическим методом остановки носового кровотечения.

86. Некорректным высказыванием по теме носовое кровотечение является

- 1) для остановки носовых кровотечений используют метаболические препараты;+
- 2) заднюю тампонаду проводят при неэффективности передней тампонады;
- 3) переднюю тампонаду проводят при неэффективности простейших методов остановки носового кровотечения;
- 4) при рецидивирующих носовых кровотечениях используют облитерацию капиллярного русла;
- 5) причиной носового кровотечения может быть травма носа.

87. Некорректным высказыванием по теме носовое кровотечение является

- 1) для лечения носовых кровотечений используют гемостатические препараты;
- 2) перевязка наружной сонной артерии является хирургическим методом остановки носового кровотечения;
- 3) причиной носового кровотечения может быть гипертермия;
- 4) причиной носового кровотечения может быть полнокровие слизистой оболочки полости носа;
- 5) радикальная операция на лобной пазухе является хирургическим методом остановки носового кровотечения.+

88. Некорректным высказыванием по теме носовое кровотечение является

- 1) для остановки носовых кровотечений используют метаболические препараты;+
- 2) заднюю тампонаду проводят при неэффективности передней тампонады;
- 3) переднюю тампонаду проводят при неэффективности простейших методов остановки носового кровотечения;
- 4) при рецидивирующих носовых кровотечениях используют облитерацию капиллярного русла;
- 5) при рецидивирующих носовых кровотечениях используют прижигание слизистой.

89. Некорректным высказыванием по теме носовое кровотечение является

- 1) для остановки носовых кровотечений используют ацетилсалициловую кислоту;+
- 2) для остановки носовых кровотечений используют этамзилат натрия;
- 3) при рецидивирующих носовых кровотечениях используют прижигание слизистой;
- 4) причиной носового кровотечения могут быть сердечно-сосудистые заболевания;
- 5) эмболизация ветвей верхнечелюстной артерии является хирургическим методом остановки носового кровотечения.

90. Некорректными высказываниями по теме носовое кровотечение являются

- 1) заднюю тампонаду проводят при неэффективности передней тампонады;
- 2) переднюю тампонаду проводят при неэффективности задней тампонады;+
- 3) переднюю тампонаду проводят при неэффективности простейших методов остановки носового кровотечения;
- 4) при рецидивирующих носовых кровотечениях используют прижигание слизистой;
- 5) простейшие методы остановки носового кровотечения проводят при неэффективности передней тампонады.+

91. Некорректными высказываниями по теме носовое кровотечение являются

- 1) для остановки носовых кровотечений используют метаболические препараты;+
- 2) заднюю тампонаду проводят при неэффективности передней тампонады;
- 3) остановка кровотечения является общеврачебной манипуляцией;
- 4) причиной носового кровотечения могут быть сердечно-сосудистые заболевания;
- 5) причиной носового кровотечения может быть прием гемостатических препаратов.+

92. При проведении задней тампонады не используют

- 1) гортанное зеркало;+
- 2) катетер;
- 3) носорасширитель;
- 4) пинцет;
- 5) стерильный бинт длиной 70-80 см.

93. При проведении передней тампонады не используют

- 1) катетер;+
- 2) марлевые турунды длиной 50-60 см;
- 3) носорасширитель;
- 4) пинцет;
- 5) стерильный бинт длиной 70-80 см.

94. Причиной носовых кровотечений не является

- 1) дистрофические изменения слизистой полости носа;
- 2) новообразования полости носа;

3) прием гемостатических препаратов;+

4) сердечно-сосудистые заболевания;

5) травма носа.

95. Причиной носовых кровотечений не является

1) гипертермия;

2) гормональные дисбалансы;

3) новообразования полости носа;

4) полнокровие слизистой оболочки полости носа;

5) прием гемостатических препаратов.+

96. Решетчатый лабиринт граничит с

1) верхнечелюстной пазухой;

2) клиновидной костью;

3) латеральной стенкой глазницы;+

4) лобной костью;

5) медиальной стенкой глазницы.

97. Удаление заднего тампона из полости носа проводят

1) на 2-3 сутки;

2) на 7-9 сутки;+

3) через 14 дней;

4) через 21 день;

5) через 3 часа.

98. Удаление переднего тампона из полости носа проводят

1) на 2-3 сутки;+

2) на 5-6 сутки;

3) на 7 сутки;

4) через 15 мин;

5) через 3 часа.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по практике
«ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО РАЗРАБОТКЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, состязательности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой

обучающимся к данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общих и профессиональных компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

- репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

- активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

- интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

- разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

- максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

- использование бланков документов, инструктивных материалов;

- наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ПО РАЗРАБОТКЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ

Важнейшим критерием качества и задачей образовательного процесса в настоящее время является повышение его практико-ориентированности, т.е. формирование у ординаторов умения применять полученные знания в профессиональной деятельности. Это может достигаться использованием в учебном процессе одной из форм активных методов обучения – метода проблемных ситуационных задач. Анализ конкретных ситуаций - один из наиболее эффективных и распространенных методов организации активной познавательной деятельности обучающихся. Метод анализа конкретных ситуаций развивает способность к анализу реальных ситуаций, требующих не всегда стандартных решений. Сталкиваясь с конкретной ситуацией, обучающиеся должны определить: есть ли в ней проблема, в чем она состоит, определить свое отношение к ситуации.

Данная педагогическая технология в совокупности с другими методами обучения помогает сформировать как профессиональные, так и социально личностные компетенции, необходимые для будущей успешной профессиональной деятельности их как специалистов. Использование в учебном процессе ситуационных задач формируют у ординаторов интегрированные умения и навыки, обеспечивают осознанное и более прочное усвоение изучаемых дисциплин.

Ситуационная задача - методический прием, включающий совокупность условий, направленных на решение практически значимой ситуации. С содержательной стороны, ситуационная задача представляет собой задание, описывающее ситуацию, из которой нужно найти выход, или ее исправить.

Применение на учебных занятиях ситуационных задач способствует развитию у обучающихся аналитических способностей, умения находить и эффективно использовать необходимую информацию, вырабатывать самостоятельность и инициативность в решениях. Это обогащает субъектный опыт обучающихся в сфере профессиональной деятельности, способствует формированию компетенций, способности к творческой самостоятельности, повышению познавательной и учебной мотивации.

Цель ситуационных задач - формирование компетенций обучающихся путем овладения и углубления знаний, формирования практических и профессиональных умений, проверка сформированности профессиональных и других компетенций.

Источники содержания. Источником содержания ситуационных задач являются:

- практические ситуации, возникающие в процессе профессиональной медицинской деятельности (выписки из реальной истории болезни пациента медицинских учреждений);
- научные исследования, на основании которых создаются исследовательские ситуации (задачи), направленные на обучение навыкам научно-исследовательской деятельности посредством использования метода моделирования. Материалы к таким ситуационным задачам можно получить посредством анализа научных публикаций, монографий, сборников научных трудов. Применяются как метод продвинутого обучения, усложненные задачи (2-й уровень сложности).

Ситуационная задача представляет собой эпикриз истории болезни (реальной или придуманной, составленной преподавателем), включающей жалобы пациента, данные анамнеза, данные объективного обследования ЛОР органов, данные лабораторно-инструментальных методов обследования (результаты клинических анализов крови, мочи, биохимического анализа крови, рентгенологических методов исследования, аудиометрии и др.)

В ситуационной задаче должна освещаться (содержаться) проблема, требующая применения умений и навыков, полученных при изучении дисциплины.

Ситуационные задачи могут быть разных уровней сложности. В задачах 1-го уровня сложности описываются типичные ситуации из практики оториноларинголога, в которых ординаторы должны увидеть типичное, уметь анализировать и разрешать проблему

посредством применения аналогии, подобрать известные и стандартные алгоритмы действия.

В задачах 2-го уровня сложности (или продвинутого уровня обучения и т.д.) описываются нетипичные ситуации, в которых создается более сложная проблемная ситуация, требующая проявить способность самостоятельно комбинировать известные способы деятельности в новой ситуации, увидеть возможные пути решения данной проблемы, предложить оптимальный вариант разрешения проблемы, построить принципиально новый способ решения проблемы. В ситуационных задачах этого уровня могут использоваться и заблуждения, которые будут создавать препятствия обучающимся при поиске решения. Важно, чтобы в процессе анализа ситуации эти заблуждения обязательно были выявлены и раскрыты.

На учебных занятиях могут применяться следующие виды ситуаций:

- Ситуация-проблема - представляет определенное сочетание факторов из реальной профессиональной сферы деятельности. Обучающиеся пытаются найти решение или пройти к выводу о его невозможности.
- Ситуация-оценка - описывает положение, вывод из которого в определенном смысле уже найден. Ординаторы проводят критический анализ ранее принятых решений, дают мотивированное заключение.
- Ситуация-иллюстрация - поясняет какую-либо сложную процедуру или ситуацию. Ситуация-иллюстрация в меньшей степени стимулирует самостоятельность в рассуждениях, так как это примеры, поясняющие излагаемую суть представленной ситуации. Хотя и по поводу их может быть сформулирован вопрос или согласие, но тогда ситуация-иллюстрация уже переходит в ситуацию-оценку.
- Ситуация-упражнение - предусматривает применение уже принятых ранее положений и предполагает очевидные и бесспорные решения поставленных проблем. Такие ситуации способствуют развитию навыков в обработке или обнаружении данных, относящихся к исследуемой проблеме. Они носят в основном тренировочный характер, в процессе их решения обучающиеся приобрести опыт.

Принципы составления ситуационных задач:

- ситуационная задача носит ярко выраженный практико-ориентированный характер;
- для ситуационной задачи берутся темы, которые привлекают внимание обучающихся;
- ситуационная задача отражает специфику профессиональной сферы оториноларинголога;
- ситуационная задача актуальна и представлена в виде реальной ситуации;
- проблема, которая лежит в основе ситуационной задачи понятна обучающему;
- решение ситуационных задач направлено на выявление уровня знания материала и возможности оптимально применить их в процессе решения задачи.

Структура ситуационной задачи. Задача включает в себя:

- 1) ситуацию (клинический случай, проблема, история из реальной жизни или «искусственная» ситуация);
- 2) информацию по данной ситуации, представленную в разнообразном виде (клинические, лабораторные и инструментальные исследования и пр., схемы, диаграммы, таблицы, графики, статистические данные и т.д.);
- 3) вопросы или задания.

Вопросы и задания. В зависимости от поставленной цели и уровня сложности ситуационные задачи могут быть разными по количеству вопросов. Вопросы должны способствовать выявлению:

- конкретных знаний по учебной дисциплине;
- умения интерпретировать имеющуюся информацию (расшифровывать и оценивать результаты обследования пациента, проводить анализ различных лабораторных, инструментальных исследований и т.п.);

- умения добывать недостающую информацию (определять показания к дополнительным методом диагностики, объем необходимых и достаточных для верификации диагноза исследований, указать лишние и т.п.);

- умения сформулировать и обосновать диагноз, провести дифференциальную диагностику, назначить лечение, рекомендовать профилактические мероприятия.

Вопросы могут составляться так, чтобы давать ординатору не только возможность применять полученные знания по данной учебной дисциплине, продемонстрировать умения, но и показать теоретические знания в области фундаментальных и других клинических дисциплин, а также владение нормами медицинской (врачебной) этики и деонтологии, умение ориентироваться в вопросах медико-социальных проблем.

Варианты решения ситуационных задач:

-решение задач может быть принято устно или письменно, способы задания и решения ситуационных задач могут быть различными;

-предлагается конкретная ситуация, дается несколько вариантов ответов, обучающийся должен выбрать только один - правильный;

-предлагается конкретная ситуация, дается список различных действий, и обучающийся должен выбрать правильные и неправильные ответы из этого списка;

-предлагаются 3-4 варианта правильных действий в конкретной ситуации, обучающийся должен выстроить эти действия по порядку очередности и важности;

-предлагается условие задачи без примеров ответов правильных действий, обучающийся сам ищет выход из сложившейся ситуации.

Контроль знаний через анализ конкретных ситуационных задач в сфере профессионально деятельности выстраивается в двух направлениях:

1. Ролевое разыгрывание конкретной ситуации. В таком случае учебное занятие по ее анализу переходит в ролевую игру, так как обучающие заранее изучили ситуацию.

2. Коллективное обсуждение вариантов решения одной и той же ситуации, что существенно углубляет опыт обучающихся, каждый из них имеет возможность ознакомиться с вариантами решения, послушать и взвесить множество их оценок, дополнений, изменений и прийти к собственному решению ситуации.

Метод анализа конкретных ситуаций стимулирует обучающихся к поиску информации в различных источниках, активизирует познавательный интерес, усиливает стремление к приобретению теоретических знаний для получения ответов на поставленные вопросы.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

- чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);
- составление плана текста;
- графическое изображение структуры текста;
- составление электронной презентации;
- конспектирование текста;
- подготовка выписок из текста;
- работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;
- научно-исследовательская работа;
- использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

- работа с конспектом лекций;
- работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);
- составление плана и тезисов ответа;
- составление таблиц для систематизации учебного материала;
- изучение нормативных материалов;
- ответы на контрольные вопросы;
- аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);
- заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;
- подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;
- подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;
- составление резюме;
- написание истории болезни;
- составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

- решение задач и упражнений по образцу;
- решение вариативных задач и упражнений;
- отработка манипуляций;
- выполнение расчетно-графических работ;

- решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;
- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации по подготовке к тестовому контролю

Тесты – это вопросы или задания, предусматривающие конкретный, краткий, четкий ответ на имеющиеся эталоны ответов.

При самостоятельной подготовке к тестированию ординатору необходимо:

а) готовясь к тестированию, проработайте информационный материал по дисциплине. Проконсультируйтесь с преподавателем по вопросу выбора учебной литературы;

б) четко выясните все условия тестирования заранее. Вы должны знать, сколько тестов Вам будет предложено, сколько времени отводится на тестирование, какова система оценки результатов и т.д.

в) приступая к работе с тестами, внимательно и до конца прочтите вопрос и предлагаемые варианты ответов. Выберите правильные (их может быть несколько). На отдельном листке ответов выпишите цифру вопроса и буквы, соответствующие правильным ответам;

г) в процессе решения желательно применять несколько подходов в решении задания. Это позволяет максимально гибко оперировать методами решения, находя каждый раз оптимальный вариант.

д) если Вы встретили чрезвычайно трудный для Вас вопрос, не тратьте много времени на него. Переходите к другим тестам. Вернитесь к трудному вопросу в конце.

е) обязательно оставьте время для проверки ответов, чтобы избежать механических ошибок.

Тестирование - позволяет оценить знание фактического материала, умение логически мыслить, способность к рефлексии и творчески подходить к решению поставленной задачи.

При проверке знаний, умений, качества овладения компетенциями используются две группы тестов:

а) тесты специальных способностей и достижений (задания с несколькими вариантами выбора).

в) тесты со свободными ответами (предполагают элементы творчества и личностного самовыражения, проявляют сверх нормативные знания и умения учащихся).

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

Самостоятельная работа является важнейшей составной частью процесса обучения.

Целью самостоятельной работы является закрепление тех знаний, которые получили ординаторы на аудиторных занятиях, а также способствовать развитию у них творческих навыков, инициативы, умению организовать свое время, самостоятельно овладевать фундаментальными знаниями, профессиональными умениями и навыками деятельности по профилю.

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовок каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

3. Составление конспектов

Для того, чтобы составлять качественные конспекты лекций, важно понять, что конспект – не дословно записанная речь преподавателя. Преподаватель вообще не обязан диктовать текст лекции под запись – так он не успеет сообщить запланированную информацию в полном объеме, а ординаторы, соответственно, – ее получить. Конспект – сжатое, емкое смысловое содержание лекции, включающее основные ее аспекты, дополнительные пояснения лектора и пометки самого автора конспекта. Составление конспекта требует достаточно больших усилий, зато результат всемерно способствует глубокому пониманию и прочному усвоению изучаемого материала.

Конспект, приближенный к образцовому, в тетради или на отдельных листах будет выглядеть примерно так.

Лист условно разделен по вертикали на две равные части.

В левой части идет запись названия и плана лекции, тех разделов, понятий, определений, которые рекомендует к записи лектор (все это будет отчетливо им продиктовано для удобства конспектирования). Место в тетради экономить не стоит – каждый смысловой раздел целесообразно начинать с абзаца с новой строки. В результате на левой половине листа будет сформирован «скелет» конспекта, отражающий общее содержание лекции с указанием важнейших ее составляющих. Таким образом в течение

лекции ординатор тратит большую часть времени на восприятие информации, меньшую его часть – на ее запись.

В процессе заполнения левой половины листа при появлении интересных мыслей, вопросов по поводу соответствующей информации, или услышав важный комментарий преподавателя, ординатор должен отметить это в правой половине листа таким образом, чтобы было ясно, к какому разделу лекции эти пометки относятся, насколько важными их считает преподаватель, какое внимание следует уделить подробному их анализу, изучению. Кроме того, в этой же части листа позже, при самостоятельном изучении соответствующей теме учебной и научной литературы, рекомендуется делать дополнительные пометки, которые помогут качественно подготовиться к контролю знаний (сноски на страницы учебника, монографии, альтернативные или сходные авторские определения, примеры, статистические данные и прочее).

Не стоит пренебрегать визуальным акцентированием - в зависимости от значимости текста целесообразно выделять его цветным маркером.

Перед началом курса лекций в процессе обсуждения основных организационных моментов с преподавателем - лектором целесообразно уточнить, как именно будет излагаться материал – под запись полностью, в форме свободного диалога, не запрещающей вопросов в течение лекции, тематическими блоками с последующей диктовкой наиболее важных пунктов или как-то еще.

Разумно также спросить совета лектора по поводу наиболее эффективной формы составления конспекта его лекций, а также о его требованиях – возможно, в конце лекционного курса лектор сочтет необходимым просмотреть конспекты, чтобы оценить качество работы ординатора на лекциях и при самостоятельном изучении учебной и научной литературы.

Отдельное внимание следует обратить на текст конспекта. В подавляющем большинстве случаев ординаторы не успевают полностью записывать предложения, сокращают отдельные слова. При этом нередко слова сокращаются настолько неудачно, что при изучении конспекта ординаторы не могут понять, что сокращения означают.

Расширение конспекта лекции

Конспект лекции следует рассматривать как источник информации по конкретной дисциплине или группе дисциплин. Любой источник информации содержит лишь некоторый набор сведений, далеко не исчерпывающий существующие точки зрения, статистические данные, аналитические выкладки, касающиеся прямо или косвенно данной тематики. В силу этого обстоятельства конспекты лекций рекомендуется расширять и обогащать, активно используя дополнительную литературу.

Работа с конспектами

Для начала каждому ординатору следует твердо уяснить: даже самого лучшего конспекта недостаточно, чтобы безупречно подготовиться к тесту, семинару, зачету, экзамену. Конспект лекций – один (но далеко не единственный) из основных источников информации по конкретному курсу, помимо рекомендованных учебников, учебных и учебно-методических пособий, научных работ, аналитических и статистических сборников и прочего. При этом преподаватель в процессе оценки знаний студента обычно ориентируется именно на прочитанные им лекции, поэтому конспекты следует использовать при подготовке к ответу в обязательном порядке.

Во-первых, тему целесообразно учить в соответствии с планом, отмеченным в конспекте. В учебниках различных авторов в соответствии с их подходом к преподаванию дисциплины темы могут излагаться в различном порядке.

Во-вторых, рекомендованная преподавателем литература по соответствующей теме, отмеченная в конспекте, будет нужна для более широкого обзора темы и охвата всех вопросов, предложенных преподавателем. При этом самостоятельно, без консультации преподавателя, дополнительную литературу подобрать достаточно сложно.

В-третьих, в конспекте содержится уже проработанная информация, не требующая детального подхода к изучению. Стил ь изложения материала в различных литературных источниках далеко не всегда бывает доступным.

В-четвертых, содержание конспекта – минимум, который ординатор обязан знать в обязательном порядке в соответствии с учебным планом. При этом в авторских учебниках и пособиях отдельным разделам может уделяться большее внимание, чем остальным, а ваш лектор может иметь на этот счет собственное мнение.

В-пятых, конспект окажет вам большую услугу, если рассматривать его как маленькую энциклопедию важнейших вопросов, которые могут быть вам заданы преподавателем. Большинство вопросов при итоговой оценке знаний будет задано с учетом того, что в лекциях предлагались ответы на них.

Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

– плановый. При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.

– тематический конспект, является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.

– текстуальный конспект, представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.

– свободный конспект, включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;

2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;

3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;

4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

– композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;

– отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;

– язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;

– аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.

2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата

(читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, познакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

- 1) по полноте изложения:
 - информативные (рефераты-конспекты);
 - индикативные (рефераты-резюме);
- 2) по количеству реферируемых источников:
 - монографические;
 - обзорные;
- 3) по читательскому назначению:
 - общие;
 - ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;
 - специализированные;
 - ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.
2. Содержание.
3. Введение.
4. Основная часть.
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, курация больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;

3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; кратко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начало до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;

- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздкие, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишенного эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределенно-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылкам на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объем заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объем работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объем могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объем не включаются.*

Цвет шрифта – черный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, черного цвета, одинаковым по всему объему текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нем не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела, разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела, 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце

названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается**:

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак « \emptyset » для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например $>$ (больше), $<$ (меньше), $=$ (равно), \leq (меньше или равно), \geq (больше или равно), \neq (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставиться неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не умещается в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;

- перед скобками и после них: $(a+b)(d+c)$;
- Косой крест (x) в качестве знака умножения ставиться:
- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1). Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзацного отступа.

Например:

$$W=wgkc, \quad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;

k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;

c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

- текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;

- цитирование должно быть полным, без искажения смысла;

- пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;

- каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

- Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);

- указы Президента РФ (в той же последовательности);

- постановления Правительства РФ (в той же очередности);

- иные нормативные правовые акты;

- иные официальные материалы (резолюции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);

- монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);

- иностранная литература;
- интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

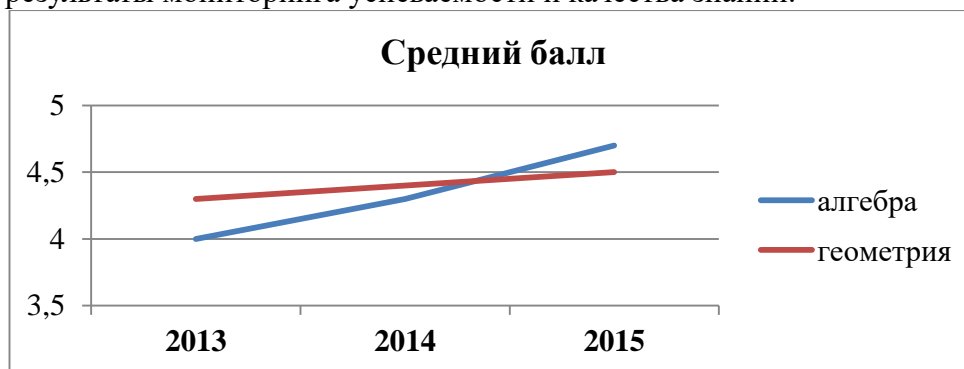


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеоларную группы пучков волокон (Рис. 5).

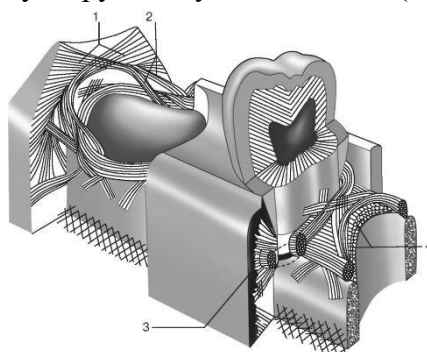


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По практике

НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА

(наименование практики)

Уровень
профессионального
образования

Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации

Специальность

31.08.58 Оториноларингология

(код специальности и наименование)

Факультет

Лечебный факультет

(наименование факультета)

Кафедра

Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии

(наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1, 2
Форма промежуточной аттестации	зачет /зачет/курсовая работа
Общая трудоемкость практики	108/3 (час/зач. ед.)

Рабочая программа практики разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства и высшего образования Российской Федерации № 99 от 02.02.2022г. «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования – подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 612н от 4 августа 2017г. «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-оториноларинголог»;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Петрова Наталья Николаевна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Соловьева Анна Михайловна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Кухарчик Галина Александровна	д.м.н	Заместитель директора по учебно-методической работе ИМО	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4.	Овечкина Мария Андреевна	к.м.н.	Заведующий учебно-методическим отделом Центра развития образовательной среды ИМО	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа практики «Научно-исследовательская работа» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Рабочая программа практики «Научно-исследовательская работа» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

Цель: формирование способности к участию в научно-исследовательской деятельности на основе полученных научных и практических знаний.

Задачи:

В результате прохождения практики, обучающиеся должны решить следующие профессиональные задачи:

1. Развитие профессионального научно-исследовательского мышления, формирование четкого представления об основных профессиональных задачах и способах их решения;
2. Формирование умения планировать научно-исследовательскую работу;
3. Формирование умения осуществлять научно-исследовательскую работу при решении профессиональных задач с использованием современных методов исследования, современной аппаратуры и вычислительных средств;
4. Ведение библиографической работы по выполняемой теме с привлечением современных информационных технологий и проведение обработки и анализа полученных данных;
5. Обеспечение способности критического подхода к результатам собственных исследований, готовности к профессиональному самосовершенствованию и развитию творческого потенциала и профессионального мастерства.

2. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Научно-исследовательская работа относится к Блоку 2 «Практики» и проводится на первом и втором годах обучения. Теоретической основой для освоения практики «Научно-исследовательская работа» являются дисциплины учебного плана подготовки ординаторов по специальности 31.08.58 Оториноларингология с учётом профессионального стандарта «Врач – оториноларинголог».

«Научно-исследовательская работа» осваивается в соответствии с учебным планом и календарным учебным графиком.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

В результате освоения программы практики у обучающегося формируются следующие компетенции, установленные программой ординатуры.

УНИВЕРСАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	УК-2.1. Способен определить проблемы проекта и минимизировать возможные риски.	Знает: - методы проектирования по применению методов исследования в области медицины	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: - разрабатывать и реализовывать проект и управлять им при применении методов исследования в области медицины	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
		УК-2.2. Способен разрабатывать проект в области медицины и здравоохранения и определять критерии его эффективности.	Знает: - механизм разработки проектов в области медицины и здравоохранения и определение критериев его эффективности	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: - разработать проект в области медицины и здравоохранения и определить критерии его эффективности	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
		УК-2.3. Способен проводить контроль этапов и оценку результатов проекта.	Знает: - последовательность действий и конкретные требования к результатам каждого этапа реализации проекта	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: - к заданному сроку анализировать и систематизировать специализированную научную литературу по заданной теме;	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике

			оценивать соответствие полученных результатов запланированным.	
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и способен минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	Знает: - цель, задачи и направление собственного профессионального и личностного развития и возможные риски при изменении карьерной траектории	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: - выбирать основное направление собственного профессионального и личностного развития и способен минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
		УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает: - методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: - применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
		УК-5.3. Выстраивает гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Знает: - способы выстраивания гибкой профессиональной траектории непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: - выстраивать гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике

			профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	
--	--	--	---	--

ОБЩЕПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Медицинская деятельность	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	ОПК-1.1. Использует медицинские информационные системы (МИС) в профессиональной деятельности, соблюдает правила информационной безопасности.	Знает: - современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: - использовать МИС в профессиональной деятельности, соблюдает правила информационной безопасности	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
		ОПК-1.2. Использует современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития.	Знает: - основные правовые средства защиты информации	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: - использовать современные информационно-коммуникационные технологии для профессионального и личностного развития	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
		ОПК-1.3. Способен использовать телемедицинские технологии при организации оказания медицинской помощи населению.	Знает: - правила использования компьютерных и телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: - анализировать и обобщать полученные результаты в практике медицинских	Для текущего контроля: Дневник практики

			исследований, используя современные информационно-коммуникационные технологии	Для промежуточной аттестации: отчет по практике
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни	Знает:	- основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан - нормативную правовую основу профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
		Умеет:	- организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан - организовывать и проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	ОПК-2.2. Способен планировать организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья.	Знает:	- принципы, этапы планирования мероприятий в соответствии с целями и задачами - способы уменьшения воздействия	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
		Умеет:	- наполнять этапы плана содержанием с учетом социальных детерминант здоровья, распределять ответственность за каждый этап между членами команды - корректировать план с учетом промежуточных результатов	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей.	Знает:	- показатели и критерии качества оказания медицинской помощи - виды основных медико-статистических показателей	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
		Умеет:	- отбирать, систематизировать и использовать медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике

			- делать выводы, оформлять отчетную документацию и представлять результаты оценки качества оказания медицинской помощи	
	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	ОПК-3.1. Способен к осуществлению педагогической деятельности по программам среднего профессионального и высшего медицинского образования. ОПК-3.2. Формулирует цели, задачи и планирует результаты обучения, использует средства и методы обучения и воспитания. ОПК-3.3. Использует педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения.	Знает: - педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: - пользоваться статистическими методами изучения объема и структуры медицинской помощи населению - использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике

ПРОФЕССИОНАЛЬНЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции	Индикаторы достижения профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания) (описывают составители программы)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
- в сфере научных исследований	ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО	ПК-1.1. Способен участвовать в разработке рабочих программ, оценочных и методических материалов по образовательным программам СПО и системы ДПО	Знает: – педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: - применять педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
		ПК-1.2. Способен планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных	Знает: - методы планирования и проведения занятия семинарского типа с	Для текущего контроля: Дневник практики

		образовательных технологий под руководством куратора	использованием современных образовательных технологий	Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: - планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
		ПК-1.3. Способен планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов под руководством куратора	Знает: - методы планирования и организации внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: - планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
- медицинская деятельность	ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	ПК-2.1. Использует современные компьютерные технологии в работе с профессиональными базами данных	Знает: - основные базы данных, электронные библиотеки и др. электронные ресурсы, необходимые для реализации научных проектов	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: - использовать информационные системы в здравоохранении; применять компьютерные методы обработки данных в медицине	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
		ПК-2.2. Проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	Знает: - основные понятия компьютерных методов обработки медицинских данных: понятия об статистической обработке	Для текущего контроля: Дневник практики

			данных; предварительное преобразование данных для подготовки к дальнейшему анализу с помощью компьютерных технологий	Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: - использовать компьютерные методы обработки данных в медицине; - подготавливать данных к анализу для обработки статистическими методами	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
		ПК-2.3. Применяет современные компьютерные технологии при представлении результатов новых разработок	Знает: - особенности представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме при работе в российских и международных исследовательских коллективах - презентовать свои разработки широкой научной и профессиональной аудитории	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
			Умеет: -выбирать эффективные и оптимальные формы внедрения результатов исследования в практику	Для текущего контроля: Дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике

4. СОДЕРЖАНИЕ ПРАКТИКИ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем практики в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы		Трудоемкость в акад. час.	Курс 1-		Курс 2 -
			ПА 2	ПА 3	ПА 4
Аудиторная контактная работа обучающегося		54	18	18	18
Самостоятельная работа		54	18	18	18
Общая трудоемкость практики	часы	108	36	36	36
	зач. ед.	3	1	1	1
Из них на практическую подготовку.		54	18	18	18
Промежуточная аттестация			зачет	зачет	курсовая работа

Образовательная деятельность в форме практической подготовки, предусматривающая участие обучающихся в выполнении отдельных элементов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью, организована в соответствии с разработанным учебным планом и достигает 50% от общей трудоемкости практики «Научно-исследовательская работа».

4.2. Содержание научно-исследовательской работы, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов

№ п/п	Виды профессиональной деятельности	Продолжительность	Перечень компетенций или индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы *
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 1. Контактная работа 18 час.			
1.	Планирование научной работы. Обоснование актуальности темы научного исследования. Формулирование цели и задач исследования. Утверждение темы и научного руководителя НИР на заседании кафедры.	8	УК-2.1, УК-2.2, УК-2.3, УК-5.1, УК-5.2, УК-5.3, ОПК-1.1, ОПК-2.2, ОПК-2.3, ОПК-3.1, ОПК-3.2, ОПК-3.3, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3
2.	Организация и выполнение научного исследования. Взаимодействие с другими специалистами по отбору пациентов для проведения НИР (формирование групп пациентов).	10	УК-2.1, УК-2.2, УК-2.3, УК-5.1, УК-5.2, УК-5.3, ОПК-1.1, ОПК-2.2, ОПК-2.3, ОПК-3.1, ОПК-3.2, ОПК-3.3, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 2 Контактная работа 18 час.			
1.	Выполнение научного исследования. Предварительный анализ полученных данных.	6	УК-2.1, УК-2.2, УК-2.3, УК-5.1, УК-5.2, УК-5.3, ОПК-1.1, ОПК-2.2, ОПК-2.3, ОПК-3.1, ОПК-3.2, ОПК-3.3, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3
2.	Проведение сравнительного анализа с результатами других методов исследования согласно цели и задачам НИР.	6	УК-2.1, УК-2.2, УК-2.3, УК-5.1, УК-5.2, УК-5.3, ОПК-1.1, ОПК-2.2, ОПК-2.3, ОПК-3.1, ОПК-3.2, ОПК-3.3, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

3.	Статистическая обработка и критический анализ полученных результатов в ходе выполнения НИР с использованием современных информационных технологий.	6	УК-2.1, УК-2.2, УК-2.3, УК-5.1, УК-5.2, УК-5.3, ОПК-1.1, ОПК-2.2, ОПК-2.3, ОПК-3.1, ОПК-3.2, ОПК-3.3, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 3. Контактная работа 18 час.			
1.	Выполнение научного исследования. Отчёт по текущим результатам НИР. Написание тезисов, статей по теме НИР, публикация в профильных журналах.	6	УК-2.1, УК-2.2, УК-2.3, УК-5.1, УК-5.2, УК-5.3, ОПК-1.1, ОПК-2.2, ОПК-2.3, ОПК-3.1, ОПК-3.2, ОПК-3.3, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3
2.	Подготовка и выступления с докладами на различных конференциях, форумах Систематизация и обобщенный анализ, полученной в ходе НИР информации.	6	УК-2.1, УК-2.2, УК-2.3, УК-5.1, УК-5.2, УК-5.3, ОПК-1.1, ОПК-2.2, ОПК-2.3, ОПК-3.1, ОПК-3.2, ОПК-3.3, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3
3.	Формулирование заключения и выводов по результатам НИР. Подготовка текста курсовой работы	6	УК-2.1, УК-2.2, УК-2.3, УК-5.1, УК-5.2, УК-5.3, ОПК-1.1, ОПК-2.2, ОПК-2.3, ОПК-3.1, ОПК-3.2, ОПК-3.3, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3
ИТОГО		54	

*Перечень компетенций и формируемые профессиональные умения и навыки представлены в приложении к программе с описанием оценочных средств.

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Оценка проверки формирования компетенций по практике при текущем контроле:

Наименование раздела	Содержание практики	Трудоемкость (в часах)	Формы контроля
1 курс_ Промежуточная аттестация № 1			
	Планирование научной работы. Обоснование актуальности темы научного исследования. Формулирование цели и задач исследования. Утверждение примерной темы НИР на заседании выпускающей кафедры; утверждение научного руководителя. Организация и выполнение научного исследования, лабораторных экспериментов, сбор эмпирического и практического материала согласно целям и задачам НИР.	36	Дневник практики, отчет по практике, мультимедийная презентация
2 курс_ Промежуточная аттестация № 2			
	Выполнение научного исследования, лабораторных экспериментов, сбор эмпирического и практического материала согласно целям и задачам НИР. Обработка и критический анализ полученных результатов в ходе выполнения НИР с использованием современных информационных технологий. Отчёт по текущим результатам, освоения новых методологических подходов для решения задач НИР.	36	Дневник практики, отчет по практике, мультимедийная презентация
2 курс_ Промежуточная аттестация № 3			

Наименование раздела	Содержание практики	Трудоемкость (в часах)	Формы контроля
	Выполнение научного исследования, лабораторных экспериментов, сбор эмпирического и практического материала согласно целям и задачам НИР. Обработка и критический анализ полученных результатов в ходе выполнения НИР с использованием современных информационных технологий. Систематизация и обобщенный анализ, полученной в ходе НИР информации. Формулирование заключения и выводов по результатам НИР. Подготовка текста курсовой работы	36	Дневник практики. Подготовка курсовой работы.
	Общая трудоемкость	108	

5.2. Оценка проверки формирования компетенций по практике при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора компетенции	Наименование оценочных средств для проверки компетенции или индикатора достижения
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	Дневник практики, отчет по практике курсовая работа, мультимедийная презентация
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Дневник практики, отчет по практике курсовая работа, мультимедийная презентация
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Дневник практики, отчет по практике курсовая работа, мультимедийная презентация
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	Дневник практики, отчет по практике курсовая работа, мультимедийная презентация
ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО	Дневник практики, отчет по практике курсовая работа, мультимедийная презентация
ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	Дневник практики, отчет по практике курсовая работа, мультимедийная презентация

5.3 Организация промежуточной аттестации

5.3.1. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Выполнение научно-исследовательской работы структурировано по трём разделом, каждый из которых заканчивается промежуточной аттестацией. Содержание научно-исследовательской работы в каждом периоде указывается в индивидуальном плане, который разрабатывается обучающимся совместно с научным руководителем, утверждается на заседании выпускающей кафедры и отражается по каждому периоду в отчете о прохождении практики.

Формы контроля	Название раздела	Вид контроля
Текущий контроль	Промежуточная аттестация № 1	Дневник практики, отчет по практике, зачет
	Промежуточная аттестация № 2	Дневник практики, отчет по практике, зачет
	Промежуточная аттестация по дисциплине № 3	Курсовая работа

5.3.2 Формы проведения научно исследовательской работы

Научно-исследовательская работа может осуществляться в следующих формах:

- выполнение заданий научного руководителя в соответствии с утвержденным индивидуальным планом работы, которое может включать уникальное клиническое исследование по специальности;

Итог научно-исследовательской деятельности обучающегося предоставляется в виде отчетов по практике, рефератов и научных публикаций, оформленных в соответствии с представляемыми требованиями и в виде заключительной курсовой работы.

5.3.2 Организация текущего контроля и промежуточных аттестаций

Научно-исследовательская практика организуется на кафедрах и в научно-исследовательских подразделениях ФГБУ «НМИЦ им В.А. Алмазова» и сторонних организациях, с которыми заключен договор о практической подготовке обучающихся и на базе которых могут быть проведены научные исследования по направлению подготовки 31.08.58 Оториноларингология.

В период прохождения практики, обучающиеся подчиняются всем правилам внутреннего трудового распорядка и техники безопасности организации, на базе которой проходят производственную практику «Научно-исследовательская работа».

Промежуточная аттестация обучающихся по научно-исследовательской работе проводится на основании отчетов по практике на заседании кафедры, составленных обучающимся в соответствии с индивидуальным планом работы, в сроки, отведенные для прохождения практики в соответствии с календарным учебным графиком.

Для допуска к промежуточной аттестации обучающийся должен представить следующие документы: дневник и письменный отчет по практике или мультимедийную презентацию отчета по практике, а также отзыв руководителя.

Оценка уровня сформированности компетенций, знаний, умений, опыта практической деятельности обучающихся в ходе последней заключительной аттестации, учитывает результаты промежуточных аттестаций и оценкой курсовой работы по традиционной шкале оценивания: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»

Критерии оценивания

Критерий	«Неудовл.»	«Удовл.»	«Хорошо»	«Отлично»
Отчет по практике (уровень проработанности отчета; структурированность материала; соответствие методических подходов поставленным задачам)	Отчет оформлен не в соответствии с требованиями, установленными программой практики; индивидуальное задание не выполнено более чем на 70%, аналитические выводы приведены с ошибками. Отчет не подписан, отсутствует печать базы практики	Отчет оформлен с нарушением требований, установленных программой практики; отсутствует четкая структурированность материала; слабый уровень проработанности полученных результатов	В отчете содержатся незначительные неточности; отчет структурирован; методические подходы соответствуют задачам; хороший уровень проработанности полученных результатов	Отчет полностью соответствует установленным программой практики требованиям; высокий уровень проработанности всех разделов отчета; четкая структурированность материала; все методические подходы соответствуют поставленным задачам; высокий уровень обработки полученных результатов
Качество презентации и	оформление презентации не	оформление презентации не	презентация оформлена хорошо, но	презентация оформлена в едином

<p>курсовой работы (структурированность материала; информативность; наглядность; умение докладывать, критически оценивать результаты и выводы своей работы, вести дискуссию)</p>	<p>выдержано в едином стиле, отсутствует наглядный материал и логика изложения, в тексте много грамматических ошибок; ординатор не отвечает на вопросы по содержанию научно-исследовательской работы (методам, полученным результатам, выводам и т.п.). Ответы не соответствуют сути заданных вопросов</p>	<p>выдержано в едином стиле, присутствует много текста, которые не несет никакой значимой информации, количество наглядного материала не более 20 %; имеются грамматические ошибки – более 5; в ответах на вопросы к докладу магистрант показывает недостаточные знания закономерностей в области проведенных исследований, затрудняется в объяснении результатов собственных исследований</p>	<p>присутствуют отклонения от единого стиля, выполнено акцентирование наиболее значимой информации ВКР, оформление не отвлекает от содержания; количество наглядного материала составляет не менее 40 % от общего объема презентации, грамматических ошибок не более 3; при ответах на вопросы к докладу демонстрируются глубокие и полные теоретические знания в области исследования, но ординатор затрудняется объяснить отдельные факты из результатов собственных исследований</p>	<p>стиле, выполнено акцентирование наиболее значимой информации ВКР, оформление не отвлекает от содержания; наглядный материал (фотографии, рисунки, таблицы, диаграммы, графики и т.д.) составляет 80 % и более всего объема презентации; отсутствуют грамматические ошибки; при ответах на вопросы по докладу демонстрируются глубокие и полные теоретические знания в области проведенных исследований</p>
---	--	--	---	---

Примеры *типовых контрольных вопросов* для проверки формирования компетенций

1. Перечислите какие профессиональные базы данных были использованы при анализе результатов НИР.
2. В чем заключается актуальность проведенного исследования.
3. Какое практическое значение имеют полученные результаты.
4. В каком направлении целесообразно продолжить исследование
5. Какие методологические подходы позволят подтвердить полученные результаты
6. Перечислите современные дистанционные образовательные технологии.
7. Раскройте принцип учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях.
8. Охарактеризуйте современные траектории непрерывного медицинского образования.
9. Раскройте возможности и проблемы самореализация личности в профессиональной деятельности врача.
10. Перечислите принципы командообразования сотрудников медицинской организации.

Примеры *типовых тем курсовых работ* по специальности 31.08.58
Оториноларингология

1. Структурно-функциональные особенности полости носа человека при различных видах ринопатологии.
2. Особенности морфологии наружного, среднего и внутреннего уха. Методы исследования заболеваний данной области.

3. Морфология глотки и гортани в норме и при патологии.
 4. Анатомия, физиология и методы диагностики заболеваний носа и околоносовых пазух.
 5. Особенности заболеваний глотки, пищевода и шеи и пациентов пожилого и старческого возраста.
 6. Основные принципы оказания первой медицинской помощи при неотложных состояниях в оториноларингологии.
 7. Охриплость голоса как первый симптом новообразований гортани.
 8. Заболевания уха: симптомы, лечение и профилактика.
 9. Междисциплинарный подход при лечении отогенных и риногенных внутричерепных осложнений.
 10. Травмы, инородные тела и заболевания носа и придаточных пазух, неотложная помощь при них.
 11. Врачебная и трудовая экспертиза при заболеваниях ЛОР-органов.
 12. Комплексное обследование и консервативное лечение пациентов с жалобами на снижение слуха, нарушение разборчивости речи и шум в ушах. Особенности работы отделения сурдологии.
 13. Оказание фониатрической и фонопедической помощи пациентам с нарушениями голоса в амбулаторных условиях.
 14. Актуальные профессиональные заболевания ЛОР-органов.
- Оценочные средства по практике** представлены в Приложении № 1 к рабочей программе).

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения практики

6.1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по практике:

Операционная система семейства Windows
Пакет OpenOffice
Пакет LibreOffice
Microsoft Office Standard 2016
NETOP Vision Classroom Management Software
Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
<http://moodle.almazovcentre.ru/>.

САБ «Ирбис 64» - система автоматизации библиотек. Электронный каталог АРМ «Читатель» и Web-Ирбис

6.2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по практике:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)
ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)
ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)
Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)
Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>

6.3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения практики:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex
(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)
Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран (<http://www.multitrans.ru/>)
Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)
Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)
Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)
Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)
Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)
US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)
Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)
Министерство здравоохранения Российской Федерации
(www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)
КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)
Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

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

Основная литература:

1. Основы статистического анализа в медицине: Учебное пособие / под ред. проф., д.м.н. В.А. Решетникова. - М: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2020. - Текст : электронный // URL: <https://www.medlib.ru/library/library/books/36720>
2. Информатика, медицинская информатика, статистика: учебник / В. П. Омельченко, А. А. Демидова. - М: ГЭОТАР-Медиа, 2021. – Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459218.html>
3. Научно-исследовательская работа: учебное пособие для вузов / В. И. Горвая. — М.: Издательство Юрайт, 2022. - Текст : электронный // URL: <https://urait.ru/bcode/496767>
4. Информационные технологии в профессиональной деятельности: учебник / В. П. Омельченко, А. А. Демидова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454992.html>
5. Подготовка и оформление научных статей и диссертаций / В. М. Чернышев, И. Ю. Бедорева, О. В. Стрельченко, А. Ф. Гусев. - 2-е изд., испр. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970467183.html>

Дополнительная литература:

1. Методология научных исследований в клинической медицине / Н. В. Долгушина [и др.] - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438985.html>

2. Организационно-аналитическая деятельность: учебник / С. И. Двойников и др.; под ред. С. И. Двойникова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440698.html>
3. Медицинская информатика: учебник / под общ. ред. Т.В. Зарубиной, Б.А. Кобринского. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436899.html>
4. Медицинская информатика: учебник / В.П. Омельченко, А.А. Демидова. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436455.html>
5. Здравоохранение и общественное здоровье: учебник / под ред. Г. Н. Царик - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970443279.html>

7.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

7.1. Методические указания для обучающихся по освоению практики

Прохождение производственной практики «Научно-исследовательская работа» включает контактную работу с научным руководителем практики, самостоятельную научно-исследовательскую работу и промежуточную аттестацию.

Обучающийся совместно с научным руководителем осуществляет планирование научной работы, обосновывает актуальность темы научного исследования, формулирует цели и задачи исследования. В ходе научно-исследовательской работы обучающийся приобретает профессиональные навыки формулирования новых задач, возникающих в ходе исследования, навыки выбора, обоснования и освоения методов, адекватных поставленной цели; обработки и критической оценки результатов исследований.

Обучающийся самостоятельно выстраивает профессиональную траекторию освоения новых знаний, инновационных методических подходов необходимых для решения поставленных задач НИР с учетом знаний и умений, полученных в ходе освоения дисциплин учебного плана, а также согласно накопленному опыту профессиональной деятельности в ходе выполнения этапов научно-исследовательской работы, что обеспечивает базис для самообразования по завершении обучения в ординатуре и способствует конкурентоспособности при динамично изменяющихся требований рынка труда.

Перед началом выполнения научно-исследовательской работ обучающийся обязательно проходит инструктаж по технике безопасности и расписывается в соответствующем журнале.

Самостоятельная работа способствует формированию у обучающегося навыков самостоятельного приобретения знаний, пользуясь разнообразными источниками информации; умений систематизировать и анализировать информацию с учетом современных методологических подходов для постановки нестандартных профессиональных задач в выбранной области; навыков использования современного программного обеспечения и профессиональных баз данных для решения инновационных задач; развитию умений подготовки и оформления научных публикаций, отчетов, постерных и устных докладов; формированию у обучающихся этических норм в процессе межкультурного и профессионального общения; а также формированию навыков оценивания своих ресурсов и их пределов.

Для самостоятельной работы в течение всего периода обучения имеется индивидуальным неограниченным доступом к электронной информационно-образовательной среде Центра Алмазова из любой точки, в которой есть доступ к сети «Интернет», как на территории Центра Алмазова, так и вне ее.

Обучающийся, отстраненный от практики или работа которого на практике признана неудовлетворительной, считается не выполнившим программу практики. Не выполнение программы практики без уважительной причины признаётся академической задолженностью.

7.2 Учебно-методические материалы

Методические материалы по практике «Научно-исследовательская работа» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся, в том числе при использовании дистанционных образовательных технологий. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к электронной информационно-образовательной среде Центра Алмазова из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее - сеть «Интернет»), как на территории Центра Алмазова, так и вне ее.

Электронная информационно-образовательная среда Центра Алмазова обеспечивает:

- доступ к учебному плану, рабочей программе дисциплины, электронным учебным изданиям и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочей программе дисциплины;

- формирование электронного портфолио обучающегося.

- взаимодействие между участниками образовательного процесса, в том числе синхронное и (или) асинхронное взаимодействие посредством сети «Интернет».

Функционирование электронной информационно-образовательной среды Центра Алмазова обеспечивается соответствующими средствами информационно-коммуникационных технологий и квалификацией работников, ее использующих и поддерживающих. Функционирование электронной информационно-образовательной среды соответствует Федеральному закону от 27 июля 2006 г. №149-ФЗ "Об информации, информационных технологиях и о защите информации" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, №31, ст. 3448; 2020, №14, ст. 2035) и Федеральному закону от 27 июля 2006 г. №152-ФЗ "О персональных данных" (Собрание законодательства Российской Федерации, 2006, №31, ст. 3451; 2020, №17, ст. 2701).

Центр Алмазова обеспечен необходимым комплектом лицензионного и свободно распространяемого программного обеспечения.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по практике «Научно-исследовательская работа», соответствует требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.58 Оториноларингология в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы практики «Научно-исследовательская работа» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные

комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы практики обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
К РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЕ ПРАКТИКИ
«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА»**

Специальность ординатуры	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач- оториноларинголог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по производственной практике «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА»

1. В результате освоения дисциплины обучающийся должен обладать следующими компетенциями: УК-2, УК-5, ОПК-1, ОПК- 2, ОПК- 3, ПК- 1, ПК-2.

Описание показателей и критериев оценивания компетенций в процессе изучения дисциплины:

Компетенция (индикатор)	Показатели достижения заданного уровня освоения компетенции и критерии оценивания результатов обучения			Оценочные средства
	«Удовлетворительно»	«Хорошо»	«Отлично»	
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им				
УК-2.1. Способен определить проблемы проекта и минимизировать возможные риски.	Знает: - на начальном уровне методы проектирования по применению методов исследования в области медицины	Знает: -хорошо методы проектирования по применению методов исследования в области медицины	Знает: -отлично методы проектирования по применению методов исследования в области медицины	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет: - на начальном уровне разрабатывать и реализовывать проект и управлять им при применении методов исследования в области медицины	Умеет: -хорошо разрабатывать и реализовывать проект и управлять им при применении методов исследования в области медицины	Умеет: -отлично разрабатывать и реализовывать проект и управлять им при применении методов исследования в области медицины	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
УК-2.2. Способен разрабатывать проект в области медицины и здравоохранения и определять критерии его эффективности.	Знает: - на начальном уровне механизм разработки проектов в области медицины и здравоохранения и определение критериев его эффективности	Знает: -хорошо механизм разработки проектов в области медицины и здравоохранения и определение критериев его эффективности	Знает: -отлично механизм разработки проектов в области медицины и здравоохранения и определение критериев его эффективности	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет: - на начальном уровне разработать проект в области медицины и здравоохранения и определить критерии его эффективности	Умеет: -хорошо разработать проект в области медицины и здравоохранения и определить критерии его эффективности	Умеет: -отлично разработать проект в области медицины и здравоохранения и определить критерии его эффективности	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
УК-2.3. Способен проводить контроль этапов и оценку результатов проекта.	Знает: - на начальном уровне последовательность действий и конкретные требования к результатам каждого этапа реализации проекта	Знает: -хорошо последовательность действий и конкретные требования к результатам каждого этапа реализации проекта	Знает: -отлично последовательность действий и конкретные требования к результатам каждого этапа реализации проекта	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет:	Умеет:	Умеет:	Для текущего контроля: дневник

	- на начальном уровне к заданному сроку анализировать и систематизировать специализированную научную литературу по заданной теме; оценивать соответствие полученных результатов запланированным	-хорошо заданному сроку анализировать и систематизировать специализированную научную литературу по заданной теме; оценивать соответствие полученных результатов запланированным	-отлично заданному сроку анализировать и систематизировать специализированную научную литературу по заданной теме; оценивать соответствие полученных результатов запланированным	практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личного развития, включая задачи изменения карьерной траектории				
УК-5.1. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личного развития и способен минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	Знает: - на начальном уровне цель, задачи и направление собственного профессионального и личного развития и возможные риски при изменении карьерной траектории	Знает: -хорошо цель, задачи и направление собственного профессионального и личного развития и возможные риски при изменении карьерной траектории	Знает: -отлично цель, задачи и направление собственного профессионального и личного развития и возможные риски при изменении карьерной траектории	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет: - на начальном уровне выбирать основное направление собственного профессионального и личного развития и способен минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	Умеет: -хорошо выбирать основное направление собственного профессионального и личного развития и способен минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	Умеет: -отлично выбирать основное направление собственного профессионального и личного развития и способен минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
УК-5.2. Способен применять методы объективной оценки собственного профессионального и личного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает: - на начальном уровне методы объективной оценки собственного профессионального и личного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает: -хорошо методы объективной оценки собственного профессионального и личного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Знает: -отлично методы объективной оценки собственного профессионального и личного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет: - на начальном уровне применять методы объективной оценки собственного профессионального и личного развития, включая задачи	Умеет: -хорошо применять методы объективной оценки собственного профессионального и личного развития, включая задачи	Умеет: -отлично применять методы объективной оценки собственного профессионального и личного развития, включая задачи	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике

	изменения карьерной траектории	развития, включая задачи изменения карьерной траектории	развития, включая задачи изменения карьерной траектории	
УК-5.3. Выстраивает гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Знает: - на начальном уровне способы выстраивания гибкой профессиональной траектории непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Знает: -хорошо способы выстраивания гибкой профессиональной траектории непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Знает: -отлично способы выстраивания гибкой профессиональной траектории непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет: - на начальном уровне выстраивать гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Умеет: хорошо выстраивать гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Умеет: -отлично выстраивать гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности				
ОПК-1.1. Использует медицинские информационные системы (МИС) в профессиональной деятельности, соблюдает правила информационной безопасности.	Знает: - на начальном уровне выстраивать гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Знает: хорошо выстраивать гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Знает: -отлично выстраивать гибкую профессиональную траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет: - на начальном уровне использовать МИС в профессиональной деятельности,	Умеет: хорошо выстраивать гибкую профессиональную	Умеет: -отлично выстраивать гибкую профессиональную	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной

	соблюдает правила информационной безопасности	ю траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	ю траекторию непрерывного образования, с учетом накопленного опыта профессиональной деятельности и динамично изменяющихся требований рынка труда	аттестации: отчет по практике
ОПК-1.2. Использует современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития.	Знает: - на начальном уровне основные правовые средства защиты информации	Знает: хорошо основные правовые средства защиты информации	Знает: -отлично основные правовые средства защиты информации	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет: - на начальном уровне использовать современные информационно-коммуникационные технологии для профессионального и личностного развития	Умеет: - хорошо использовать современные информационно-коммуникационные технологии для профессионального и личностного развития	Умеет: -отлично использовать современные информационно-коммуникационные технологии для профессионального и личностного развития	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
ОПК-1.3. Способен использовать телемедицинские технологии при организации оказания медицинской помощи населению	Знает: - на начальном уровне правила использования компьютерных и телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией	Знает: - хорошо правила использования компьютерных и телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией	Знает: -отлично правила использования компьютерных и телекоммуникационных технологий для обмена медицинской информацией	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет: - на начальном уровне анализировать и обобщать полученные результаты в практике медицинских исследований, используя современные информационно-коммуникационные технологии	Умеет: - хорошо анализировать и обобщать полученные результаты в практике медицинских исследований, используя современные информационно-коммуникационные технологии	Умеет: -отлично анализировать и обобщать полученные результаты в практике медицинских исследований, используя современные информационно-коммуникационные технологии	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей				
ОПК-2.1. Применяет основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, направленные на профилактику	Знает: - на начальном уровне основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан - на начальном уровне	Знает: - хорошо основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан	Знает: -отлично основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике

заболеваний, укрепление здоровья населения и формирование здорового образа жизни	нормативную правовую основу профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний	- хорошо нормативную правовую основу профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний	- отлично нормативную правовую основу профилактики инфекционных и неинфекционных заболеваний	
	Умеет: - на начальном уровне организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан - на начальном уровне организовывать и проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия	Умеет: - хорошо организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан - хорошо организовывать и проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия	Умеет: -отлично организовывать и проводить просветительную работу по сохранению здоровья граждан - отлично организовывать и проводить профилактические и противоэпидемические мероприятия	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
ОПК-2.2. Способен планировать организацию охраны здоровья граждан с учетом социальных детерминант здоровья.	Знает: - на начальном уровне принципы, этапы планирования мероприятий в соответствии с целями и задачами - на начальном уровне способы уменьшения воздействия	Знает: - хорошо принципы, этапы планирования мероприятий в соответствии с целями и задачами - хорошо способы уменьшения воздействия	Знает: -отлично принципы, этапы планирования мероприятий в соответствии с целями и задачами - отлично способы уменьшения воздействия	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет: - на начальном уровне корректировать план с учетом промежуточных результатов	Умеет: - хорошо корректировать план с учетом промежуточных результатов	Умеет: -отлично корректировать план с учетом промежуточных результатов	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
ОПК-2.3. Анализирует и оценивает качество оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знает: - на начальном уровне показатели и критерии качества оказания медицинской помощи - на начальном уровне виды основных медико-статистических показателей	Знает: - хорошо показатели и критерии качества оказания медицинской помощи - хорошо виды основных медико-статистических показателей	Знает: -отлично показатели и критерии качества оказания медицинской помощи - отлично виды основных медико-статистических показателей	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет: - на начальном уровне отбирать, систематизировать и использовать медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи - на начальном уровне делать выводы, оформлять отчетную	Умеет: - хорошо отбирать, систематизировать и использовать медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи	Умеет: - отлично отбирать, систематизировать и использовать медико-статистические показатели для оценки качества оказания медицинской помощи	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике

	документацию и представлять результаты оценки качества оказания медицинской помощи	- хорошо делать выводы, оформлять отчетную документацию и представлять результаты оценки качества оказания	- отлично делать выводы, оформлять отчетную документацию и представлять результаты оценки качества оказания	
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность				
ОПК-3.1. Способен к осуществлению педагогической деятельности по программам среднего профессионального и высшего медицинского образования. ОПК-3.2. Формулирует цели, задачи и планирует результаты обучения, использует средства и методы обучения и воспитания. ОПК-3.3. Использует педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Знает: - на начальном уровне педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Знает: - хорошо педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Знает: -отлично педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет; - на начальном уровне пользоваться статистическими методами изучения объема и структуры медицинской помощи населению - на начальном уровне использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Умеет: - хорошо пользоваться статистическими методами изучения объема и структуры медицинской помощи населению - хорошо использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Умеет: -отлично пользоваться статистическими методами изучения объема и структуры медицинской помощи населению - хорошо использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО				
ПК-1.1. Способен участвовать в разработке рабочих программ, оценочных и методических материалов по образовательным программам СПО и системы ДПО	Знает: - на начальном уровне педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО	Знает: - хорошо педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО	Знает: -отлично педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет: - на начальном уровне применять педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным	Умеет: -хорошо применять педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по	Умеет: -отлично применять педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике

	программам в организациях СПО и ДПО	образовательным программам в организациях СПО и ДПО	образовательным программам в организациях СПО и ДПО	
ПК-1.2. Способен планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий под руководством куратора	Знает: - на начальном уровне методы планирования и проведения занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий	Знает: -хорошо методы планирования и проведения занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий	Знает: -отлично методы планирования и проведения занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет: - на начальном уровне планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий	Умеет: хорошо планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий	Умеет: -отлично планировать и проводить занятия семинарского типа с использованием современных образовательных технологий	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
ПК-1.3. Способен планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов под руководством куратора	Знает: - на начальном уровне методы планирования и организации внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов	Знает: -хорошо методы планирования и организации внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов	Знает: -отлично методы планирования и организации внеаудиторной самостоятельной работы обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет: - на начальном уровне планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов	Умеет: хорошо планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов	Умеет: -отлично планировать и организовывать внеаудиторную самостоятельную работу обучающихся с использованием современных образовательных технологий, в том числе дистанционных технологий и материалов образовательных порталов	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности				
ПК-2.1. Использует	Знает:	Знает:	Знает:	Для текущего

современные компьютерные технологии в работе с профессиональными базами данных	- на начальном уровне основные базы данных, электронные библиотеки и др. электронные ресурсы, необходимые для реализации научных проектов	хорошо основные базы данных, электронные библиотеки и др. электронные ресурсы, необходимые для реализации научных проектов	-отлично основные базы данных, электронные библиотеки и др. электронные ресурсы, необходимые для реализации научных проектов	контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет: - на начальном уровне использовать информационные системы в здравоохранении; применять компьютерные методы обработки данных в медицине	Умеет: хорошо использовать информационные системы в здравоохранении; применять компьютерные методы обработки данных в медицине	Умеет: -отлично использовать информационные системы в здравоохранении; применять компьютерные методы обработки данных в медицине	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
ПК-2.2. Проводит статистический анализ данных с помощью компьютерных программ и интерпретирует результаты для решения профессиональных задач	Знает: - на начальном уровне основные понятия компьютерных методов обработки медицинских данных: понятия об статистической обработке данных; предварительное преобразование данных для подготовки к дальнейшему анализу с помощью компьютерных технологий	Знает: хорошо основные понятия компьютерных методов обработки медицинских данных: понятия об статистической обработке данных; предварительное преобразование данных для подготовки к дальнейшему анализу с помощью компьютерных технологий	Знает: -отлично основные понятия компьютерных методов обработки медицинских данных: понятия об статистической обработке данных; предварительное преобразование данных для подготовки к дальнейшему анализу с помощью компьютерных технологий	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
	Умеет: - на начальном уровне использовать компьютерные методы обработки данных в медицине; - на начальном уровне подготавливать данных к анализу для обработки статистическими методами	Умеет: -хорошо использовать компьютерные методы обработки данных в медицине; -хорошо подготавливать данных к анализу для обработки статистическими методами	Умеет: -отлично использовать компьютерные методы обработки данных в медицине; -хорошо подготавливать данных к анализу для обработки статистическими методами	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике
ПК-2.3. Применяет современные компьютерные технологии при представлении результатов новых разработок	Знает: - на начальном уровне особенности представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме при работе в российских и международных	Знает: -хорошо представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме при работе в	Знает: -отлично представления результатов научной деятельности в устной и письменной форме при работе в	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике

	исследовательских коллективах - на начальном уровне презентовать свои разработки широкой научной и профессиональной аудитории	российских и международных исследовательских коллективах	российских и международных исследовательских коллективах	
	Умеет: - на начальном уровне выбирать эффективные и оптимальные формы внедрения результатов исследования в практику	Умеет: хорошо выбирать эффективные и оптимальные формы внедрения результатов исследования в практику	Умеет: -отлично выбирать эффективные и оптимальные формы внедрения результатов исследования в практику	Для текущего контроля: дневник практики Для промежуточной аттестации: отчет по практике

3. Организация текущего и промежуточного контроля

Формы контроля	Название раздела	Вид контроля
Текущий контроль	Промежуточная аттестация № 1	Дневник практики, отчет по практике, зачет
	Промежуточная аттестация № 2	Дневник практики, отчет по практике, зачет
Промежуточная аттестация по дисциплине № 3 (заключительная)		Курсовая работа

Своевременное выполнение обучающимся мероприятий текущего контроля позволяет превысить (достигнуть) пороговый уровень («удовлетворительно») освоения предусмотренных элементов компетенций

4. Форма заключительной промежуточной аттестации по дисциплине - зачет с оценкой.

5. Этапы проведения заключительной промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы компетенции
1	Представление отчетной документации по практике	Дневник практики, отчет по практике, характеристика научного руководителя практики	УК-2.1, УК-2.2, УК-2.3, УК-5.1, УК-5.2, УК-5.3, ОПК-1.1, ОПК-2.2, ОПК-2.3, ОПК-3.1, ОПК-3.2, ОПК-3.3, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3
2	Курсовая работа	мультимедийная презентация	УК-2.1, УК-2.2, УК-2.3, УК-5.1, УК-5.2, УК-5.3, ОПК-1.1, ОПК-2.2, ОПК-2.3, ОПК-3.1, ОПК-3.2, ОПК-3.3, ПК-1.1, ПК-1.2, ПК-1.3, ПК-2.1, ПК-2.2, ПК-2.3

Промежуточная аттестация обучающихся по практике «Научно-исследовательская работа» проводится на основании отчетов по практике на заседании кафедры, составленных обучающимся в соответствии с индивидуальным планом научно-исследовательской работы, в сроки, отведенные для прохождения практики в соответствии с календарным учебным графиком.

Результаты НИР считаются достигнутыми, если для всех элементов компетенций превышен (достигнут) пороговый уровень освоения компетенции на данном этапе.

Отчет по практике (НИР) предоставляется обучающимся не позднее последнего дня практики.

6. Критерии оценивания

Оценка уровня сформированности компетенций, знаний, умений, опыта практической деятельности обучающихся в ходе промежуточной аттестации, проводимой по результатам прохождения практики в форме зачета с оценкой, осуществляется посредством традиционной шкалы оценивания: «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно»

Критерий	«Неудовл.»	«Удовл.»	«Хорошо»	«Отлично»
Отчет по практике (уровень проработанности отчета; структурированность материала; соответствие методических подходов поставленным задачам)	Отчет оформлен не в соответствии с требованиями, установленными программой практики; индивидуальное задание не выполнено более чем на 70%, аналитические выводы приведены с ошибками. Отчет не подписан, отсутствует печать базы практики	Отчет оформлен с нарушением требований, установленных программой практики; отсутствует четкая структурированность материала; слабый уровень проработанности полученных результатов	В отчете содержатся незначительные неточности; отчет структурирован; методические подходы соответствуют задачам; хороший уровень проработанности полученных результатов	Отчет полностью соответствует установленным программой практики требованиям; высокий уровень проработанности всех разделов отчета; четкая структурированность материала; все методические подходы соответствуют поставленным задачам; высокий уровень обработки полученных результатов
Качество презентации и курсовой работы (структурированность материала; информативность; наглядность; умение докладывать, критически оценивать результаты и выводы своей работы, вести дискуссию)	оформление презентации не выдержано в едином стиле, отсутствует наглядный материал и логика изложения, в тексте много грамматических ошибок; ординатор не отвечает на вопросы по содержанию научно-исследовательской работы (методам, полученным результатам, выводам и т.п.). Ответы не соответствуют сути заданных вопросов	оформление презентации не выдержано в едином стиле, присутствует много текста, которые не несет никакой значимой информации, количество наглядного материала не более 20 %; имеются грамматические ошибки – более 5; в ответах на вопросы к докладу магистрант показывает недостаточные знания закономерностей в области проведенных исследований, затрудняется в объяснении результатов собственных исследований	презентация оформлена хорошо, но присутствуют отклонения от единого стиля, выполнено акцентирование наиболее значимой информации ВКР, оформление не отвлекает от содержания; количество наглядного материала составляет не менее 40 % от общего объема презентации, грамматических ошибок не более 3; при ответах на вопросы к докладу демонстрируются глубокие и полные теоретические знания в области исследования, но ординатор затрудняется объяснить отдельные факты из результатов собственных исследований	презентация оформлена в едином стиле, выполнено акцентирование наиболее значимой информации ВКР, оформление не отвлекает от содержания; наглядный материал (фотографии, рисунки, таблицы, диаграммы, графики и т.д.) составляет 80 % и более всего объема презентации; отсутствуют грамматические ошибки; при ответах на вопросы по докладу демонстрируются глубокие и полные теоретические знания в области проведенных исследований

Примерные темы курсовых работ по специальности 31.08.58 Оториноларингология

1. Структурно-функциональные особенности полости носа человека при различных видах ринопатологии.
2. Особенности морфологии наружного, среднего и внутреннего уха. Методы исследования заболеваний данной области.

3. Морфология глотки и гортани в норме и при патологии.
4. Анатомия, физиология и методы диагностики заболеваний носа и околоносовых пазух.
5. Особенности заболеваний глотки, пищевода и шеи, и пациентов пожилого и старческого возраста.
6. Основные принципы оказания первой врачебной помощи при неотложных состояниях в оторинолангологии.
7. Охриплость голоса как первый симптом новообразований гортани.
8. Заболевания уха: симптомы, лечение и профилактика.
9. Междисциплинарный подход при лечении отогенных и риногенных внутричерепных осложнений.
10. Травмы, инородные тела и заболевания носа и придаточных пазух, неотложная помощь при них.
11. Врачебная и трудовая экспертиза при заболеваниях ЛОР-органов.
12. Комплексное обследование и консервативное лечение пациентов с жалобами на снижение слуха, нарушение разборчивости речи и шум в ушах. Особенности работы отделения сурдологии.
13. Оказание фоониатрической и фонопедической помощи пациентам с нарушениями голоса в амбулаторных условиях.
14. Актуальные профессиональные заболевания ЛОР-органов.

Контрольные вопросы для проверки формирования компетенций

1. Перечислите какие профессиональные базы данных были использованы при анализе результатов НИР.
2. В чем заключается актуальность проведенного исследования.
3. Какое практическое значение имеют полученные результаты.
4. В каком направлении целесообразно продолжить исследование
5. Какие методологические подходы позволят подтвердить полученные результаты
6. Перечислите современные дистанционные образовательные технологии.
7. Раскройте принцип учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях.
8. Охарактеризуйте современные траектории непрерывного медицинского образования.
9. Раскройте возможности и проблемы самореализация личности в профессиональной деятельности врача.
10. Перечислите принципы командообразования сотрудников медицинской организации.

ДОКУМЕНТАЦИЯ ПО ПРАКТИКЕ

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
ФЕДЕРАЛЬНОЕ ГОСУДАРСТВЕННОЕ БЮДЖЕТНОЕ УЧРЕЖДЕНИЕ
«НАЦИОНАЛЬНЫЙ МЕДИЦИНСКИЙ ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКИЙ ЦЕНТР ИМЕНИ В.А. АЛМАЗОВА»
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кафедра _____

ДНЕВНИК ПРАКТИКИ

«НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА»

название практики

по основной профессиональной образовательной программе высшего образования –
программе ординатуры

Ф.И.О. ординатора _____

Специальность _____

Трудоемкость (согласно учебному плану)	
объем в зачетных единицах	объем в часах

Дата прохождения практики с « _____ » _____ 20____ г. по « _____ » _____ 20____ г.

Руководитель практики
ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
(кафедра _____)

Ф.И.О.

подпись

Дневник практики является основным отчетным документом учета учебного времени при прохождении практики обучающегося по программе ординатуры. В дневнике практики отражается вся выполненная обучающимся работа за каждую неделю. Дневник практики должен проверяться и подписываться:

руководителем практики от ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» – в период проведения промежуточной аттестации
руководителем практики от профильной организации – не реже 1 раза в неделю.

В конце каждого отчетного периода при прохождении промежуточной аттестации, к дневнику практики прилагается «Отчёт о выполненной работе», который оформляется обучающимся по программе ординатуры и представляет сводные данные о проделанной работе.

Руководитель практики от ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова: разрабатывает рабочий график (план) проведения практики; разрабатывает индивидуальные задания для обучающихся, выполняемые в период практики; участвует в распределении обучающихся по рабочим местам и видам работ в организации; осуществляет контроль за соблюдением сроков проведения практики и соответствием ее содержания требованиям, установленным ОПОП ВО; оказывает методическую помощь обучающимся при выполнении ими индивидуальных заданий; оценивает результаты прохождения практики обучающимися, результаты сформированности компетенций, что находит отражение в составленной им характеристике.

Руководитель практики от профильной организации: согласовывает индивидуальные задания и рабочий график (план); предоставляет рабочие места обучающимся; обеспечивает безопасные условия прохождения практики обучающимся, отвечающие санитарным правилам и требованиям охраны труда; проводит инструктаж обучающихся по ознакомлению с требованиями охраны труда, техники безопасности, пожарной безопасности, а также правилами внутреннего трудового распорядка.

Рабочий график (план) оформляется отдельно для каждой клинической базы практики, где ординатор проходит практику.

Характеристика оформляется руководителем практики от ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова в конце практики.

Индивидуальное задание

Вид деятельности*	Количество	Подпись руководителя практики от ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Обучающийся

подпись

Ф.И.О.

« _____ » _____ 20__ г.

Примечание:

**Сводный отчет о выполненной работе заполняется в конце каждой промежуточной аттестации*

***Перечень навыков должен соответствовать рабочей программе практики.*

**Характеристика ординатора
по практике «НАУЧНО-ИССЛЕДОВАТЕЛЬСКАЯ РАБОТА»**

(Ф.И.О. обучающегося)

Руководитель практики
ИМО ФГБУ
«НМИЦ им. В.А. Алмазова»

подпись

Ф.И.О.

« _____ » _____ 20__ г.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

для производственной практики «Научно-исследовательская работа»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

1. Общие положения

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Научно–исследовательская работа является обязательной для оформления обучающимися по программам ординатуры ФГБУ «СЗФМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (далее - Центр).

Выполнение научно–исследовательской работы призвано способствовать освоению экспериментальных и статистических методик, приобретению навыков работы с научной литературой, углублению знаний, полученных в процессе обучения.

Научно–исследовательская работа может носить исследовательский характер или содержать описание клинического случая с оформлением литературного обзора по представленному случаю.

Тема работы должна способствовать совершенствованию научно-исследовательской и (или) практической деятельности кафедры.

Ординатор совместно с руководителем уточняет круг вопросов, подлежащих изучению, составляет план исследования, структуру работы, сроки выполнения ее этапов, определяет необходимую литературу и другие материалы (истории болезни, результаты экспериментов, статистические отчеты и т.п.).

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, курация больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Список сокращений
4. Введение;
5. Разделы основной части;
6. Заключение;
7. Выводы;
8. Список использованной литературы;
9. Приложения.

2. Требования к содержанию структурных компонентов научно-исследовательской работы

Титульный лист

Титульный лист должен содержать все необходимые идентификационные признаки и быть оформлен по образцу, приведенному в Приложении 1.

Название работы указывается без слова «тема», в кавычки не заключается.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает разделы: «**СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ**», «**ВВЕДЕНИЕ**», «**ОБЗОР ЛИТЕРАТУРЫ**», «**МАТЕРИАЛЫ И МЕТОДЫ**», «**РЕЗУЛЬТАТЫ И ОБСУЖДЕНИЕ**», «**ЗАКЛЮЧЕНИЕ**», «**ВЫВОДЫ**», «**СПИСОК ИСПОЛЬЗОВАННОЙ ЛИТЕРАТУРЫ**», «**ПРИЛОЖЕНИЯ**», «**СПИСОК СОБСТВЕННЫХ ПУБЛИКАЦИЙ**», а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых начинаются эти рубрики. Каждый раздел начинается с новой страницы.

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начало до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;
- не включает в себя ценностных суждений;

– имеет правильное стилистическое оформление.

Разделы основной части

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Обзор литературы. Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы. В обзоре литературы отражается текущее состояние предмета исследования. Анализируя отечественные и зарубежные публикации, автор рассматривает различные подходы и методы решения исследуемой проблемы и полученные в них результаты (**обязательно со ссылками на первоисточники!**). Содержание этого раздела служит, в том числе, теоретическим обоснованием выбора методик проведения собственного исследования.

Обзор лучше писать «своими словами», по возможности четко придерживаясь терминологии описываемой работы. Цитата, взятая из какого-либо источника, приводится в кавычках с точным указанием, откуда эта цитата заимствована.

Материалы и методы Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов. Здесь указывается объект и объем исследования, подробно описываются используемые методы исследования (со ссылками на источники, в которых детально описана методика), дается характеристика применяемых в данной работе материалов и оборудования, методы статистического анализа полученных данных.

Результаты и обсуждение Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Раздел «Результаты» содержит собственные данные, полученные в ходе исследования, в виде таблиц, графиков, диаграмм, фотографий и т.д. с краткими пояснениями к ним. Иллюстративный материал желательно размещать в тексте, непосредственно за первой ссылкой на рисунок или таблицу.

В разделе «Обсуждение» подробно оценивается каждый значимый результат работы, рассматривается согласованность полученных результатов с исходной гипотезой и с данными других авторов (со ссылками на соответствующие источники). Здесь же дается объяснение противоречиям собственных результатов данным литературы или общепринятым теориям (если таковые имеются).

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок и предлагаются пути дальнейшего развития исследований.

Выводы

Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

1. Бурно, А.А. Краткосрочная терапия творческим рисунком [Текст] : учеб. пособие / А.А. Бурно, М.Е. Бурно. – М.: ЦИУ врачей, 1993. – 22 с.

2. Гребенников, Л.Р. Дефицит кальция во время беременности [Текст] : дис. : канд. психол. наук / Гребенников Леонид Радэмирович. – М., 1995. – 212 с.

3. Личко, А.Е. Руководство по акушерству [Текст] / А.Е. Личко. – М.: Изд-во ЭКСМО-Пресс, 1999. – 416 с.

4. Бычков, В.В. Патопфизиология эндокринной системы [Электронный ресурс] / В.В. Бычков. – Электрон. ст. - Режим доступа к ст.: <http://www.psyoanalysis.pl.ru>

5. Российский сводный каталог по медицинской литературе [Электронный ресурс] : база данных: ежегод. пополнение ок. 30 тыс. записей по всем видам изд. – Электрон. дан. (3 файла). – М., [199-]. – Режим доступа: <http://www.gpntb.ru/win/serch/help/rsk.html>. – загл. с экрана.

6. Berkane. N. The use of supplements in pregnancy/Berkane. N. Uzan S//J. Gynecol. Biol. Reprod.-20014/-Vol.33.-P.S33-36

Ссылки в тексте на источник приводятся в виде порядкового номера источника в списке литературы арабскими цифрами, заключенными в квадратные скобки.

Приложения

В приложения выносятся вспомогательный материал, который при включении в основную часть работы загромождает текст (большие иллюстрации и таблицы, протоколы испытаний, копии подлинных документов, описание аппаратуры и приборов, применяемых при проведении исследования). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Оформление графических изображений и таблиц

Графические изображения и таблицы обозначаются арабскими цифрами сплошной нумерацией, либо в пределах раздела - в последнем случае номер состоит из номера раздела и порядкового номера внутри раздела, разделенных точкой.

На все элементы в тексте должны быть ссылки, они должны располагаться непосредственно после текста, в котором упоминаются впервые.

Порядковый номер графического изображения (рисунки, схемы, графики, фотографии) располагается по центру под изображением. Обозначать принято как «Рис.5», а не «Рисунок № 5», далее следует название графического изображения. Подпись под изображениями должна точно соответствовать тому, что изображено.

Наименование таблицы должно отражать ее содержание, быть точным, кратким.

Графические изображения и таблицы, расположенные на отдельных листах, включаются в общую нумерацию страниц.

На все иллюстрации и таблицы должны быть даны ссылки в основном тексте.

Пример: «Как показано на рис. 1...» или «На основании данных, приведенных в таблице 2...» «... в соответствии с ...»

Список собственных публикаций

Приводится перечень публикаций, посвященных теме работы, опубликованных ординатором в качестве единственного автора или в соавторстве. Список оформляется аналогично списку используемой литературы.

Электронная версия курсовой работы

К курсовой работе с оценкой «отлично» должна быть приложена ее электронная версия, для длительного хранения в архиве. В настоящее время наиболее приемлемой формой электронной копии является CD-диск.

3. Правила оформления курсовой работы

Текст курсовой работы должен быть тщательно выверен. В разделах «Обзор литературы» и «Обсуждение результатов» должны преобладать анализ и обобщения. Логическая связь между разделами и последовательное развитие основной идеи должны сохраняться на протяжении всей работы.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишённого эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределенно-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылкам на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников (не менее 50), преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объем заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

Объем курсовой работы составляет не менее 25 печатных страниц. *Приложения в общий объем не включаются.*

4. Общие требования к оформлению текстовых работ (Приложение - образцы оформления)

Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объем работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объем могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объем не включаются.*

Цвет шрифта – черный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, черного цвета, одинаковым по всему объему текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нем не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела, разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела, 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается:**

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак «Ø» для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например > (больше), < (меньше), = (равно), ≤ (меньше или равно), ≥ (больше или равно), ≠ (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставится неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не уместится в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;
- перед скобками и после них: (a+b)(d+c);

Косой крест (x) в качестве знака умножения ставится:

- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1). Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзацного отступа.

Например:

$$W=wgkc, \quad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;

k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;

c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;

– цитирование должно быть полным, без искажения смысла;

– пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических

стандартов (например «...цитата...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

- Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);
- указы Президента РФ (в той же последовательности);
- постановления Правительства РФ (в той же очередности);
- иные нормативные правовые акты;
- иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);
- монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);
- иностранная литература;
- интернет-ресурсы.

Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

5. Критерии оценки научно–исследовательской работы

Завершенная курсовая работа подписывается на титульном листе ординатором и научным руководителем, который выставляет за работу оценку, учитывая при этом:

- актуальность, содержание, оформление курсовой работы;
- полноту реализации цели и задач исследования;
- «качество» защиты курсовой работы: доклад, ответы на вопросы членов комиссии и участников заседания.

При оценивании курсовой работы выставляются следующие оценки:

«Отлично» выставляется, если:

- работа носит исследовательский характер, содержит грамотно изложенную теоретическую базу, характеризуется логичным, последовательным изложением материала с соответствующими выводами;

- при защите работы ординатор показывает глубокие знания вопросов темы, свободно оперирует данными исследования, свободно, аргументировано отвечает на заданные вопросы.

«Хорошо» выставляется, если:

- работа представлена в виде описания клинического случая;

- работа носит исследовательский характер, содержит теоретическую базу, характеризуется логичным, последовательным изложением материала с соответствующими выводами;

- при защите работы ординатор показывает знания вопросов темы, оперирует данными исследования, отвечает на вопросы с небольшими затруднениями.

«Удовлетворительно» выставляется, если:

- работа отличается поверхностным анализом, в ней просматривается непоследовательность изложения материала;

- имеет замечания по содержанию работы и методике анализа;

- при защите ординатор показывает слабое знание вопросов темы, не может ответить на вопрос, заданный по теме исследования.

«Неудовлетворительно» выставляется, если:

- работа не выполнена в срок.

Курсовая работа с оценкой «отлично» должна быть сдана в отдел интернатуры и ординатуры не позднее 1 июня.

6. Защита курсовой работы

Защита курсовой работы производится на ежегодной конференции молодых ученых Центра. Время устного выступления составляет **10 минут**.

Готовясь к защите работы, необходимо составить план выступления, оформить презентацию.

В своем выступлении ординатор должен отразить актуальность темы; теоретические и методические положения, на которых базируется работа; изложить результаты проведенного исследования и выводы.

В выступлении не должны доминировать теоретические положения, заимствованные из литературных или нормативных документов, ибо они не являются предметом защиты (по продолжительности они могут занимать не более 30% времени доклада). Особое внимание необходимо сосредоточить на собственных разработках.

После своего выступления ординатор отвечает на заданные ему вопросы председателя и членов комиссии, а также участников заседания.

Защищенные курсовые работы хранятся на кафедре в течение 3 лет.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

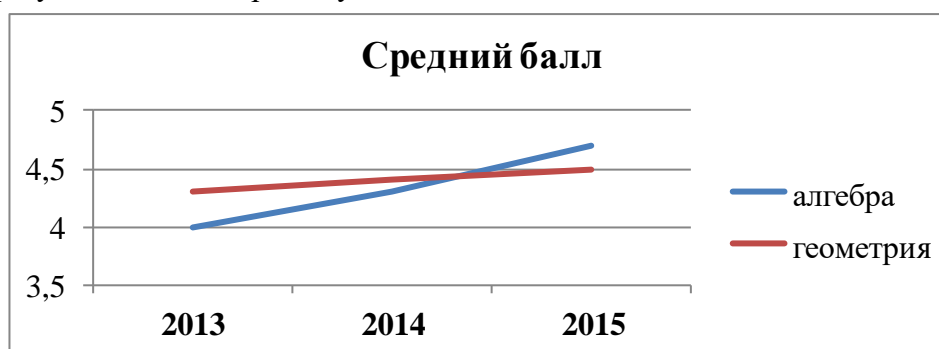


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеолярную группы пучков волокон (Рис. 5).

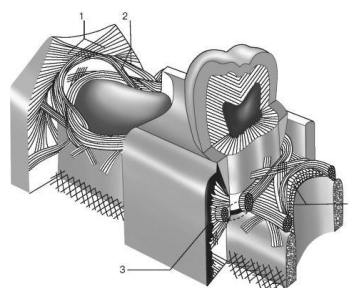


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования
по подготовке кадров высшей квалификации

по специальности

31.08.58 Оториноларингология

Форма обучения	очная
Курс	2
Общая трудоемкость	108/3 (час/зач. ед.)

Санкт-Петербург
2023

Программа государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.18 Неонатология разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ;
- Приказом Минобрнауки России от 02.02.2022г. № 99 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации по программам ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования - программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам ассистентуры-стажировки, утвержденным приказом Минобрнауки России от 18.03.2016г. N 227;
- Профессиональным стандарт «Врач-оториноларинголог», утвержденным приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 04.08. 2017г. N 612н;
- учебным планом по специальности 31.08.58 Оториноларингология;
- Уставом Центра и локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Петрова Наталья Николаевна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Соловьева Анна Михайловна	Д.м.н., доцент	Профессор кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа «Государственная итоговая аттестации» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры стоматологии и челюстно-лицевой хирургии.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023.

1. Общие положения

К государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся, завершившие полный курс обучения в рамках учебного плана и освоившие основную образовательную программу высшего образования по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

Цель государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация выпускников ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ (далее – Центр) по специальности 31.08.58 Оториноларингология проводится по окончании полного курса обучения с целью установления соответствия уровня профессиональной подготовки выпускника требованиям федерального государственного образовательного стандарта высшего образования и последующей выдачей диплома о высшем образовании.

2. Задачи государственной итоговой аттестации:

- проверка уровня сформированности необходимых универсальных, общепрофессиональных, профессиональных компетенций;
- определение уровня теоретической и практической подготовки для выполнения функций профессиональной деятельности;
- выявление уровня профессиональной подготовленности к самостоятельному решению профессиональных задач различной степени сложности.

Области профессиональной деятельности профессиональной деятельности, в которых выпускники, освоившие программу, могут осуществлять профессиональную деятельность:

01 Образование и наука (в сферах: профессионального обучения, среднего профессионального и высшего образования, дополнительного профессионального образования; научных исследований);

02 Здравоохранение (в сфере оториноларингологии);

07 Административно-управленческая и офисная деятельность (в сфере здравоохранения).

3. Типы задач профессиональной деятельности выпускников:

- Медицинский;
- Научно-исследовательский;
- Организационно-управленческий;
- Педагогический.

4. Требования к результатам освоения программы ординатуры по специальности 31.08.58 Оториноларингология

В результате освоения программы ординатуры у выпускника должны быть сформированы универсальные, общепрофессиональные и профессиональные компетенции.

4.1 Универсальные компетенции выпускников

Наименование категории (группы) универсальных компетенций	Код и наименование универсальной компетенции выпускника
Системное и критическое мышление	УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и

	фармации в профессиональном контексте
Разработка и реализация проектов	УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им
Командная работа и лидерство	УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории

4.2 Общепрофессиональные компетенции выпускников

Наименование категории (группы) общепрофессиональных компетенций	Код и наименование общепрофессиональной компетенции выпускника
Деятельность в сфере информационных технологий	ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности
Организационно-управленческая деятельность	ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
Педагогическая деятельность	ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность
Медицинская деятельность	ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов
	ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или) состояниях, контролировать его эффективность и безопасность
	ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов
	ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу
	ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения
	ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести медицинскую документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала
	ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства

4.3 Профессиональные компетенции выпускников

Область Сфера профессиональной деятельности	Тип задач профессиональной деятельности	Код и наименование профессиональной компетенции
Образование и наука - в сфере образования - в сфере научных исследований	Педагогическая деятельность	ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях ВО
	Деятельность в сфере информационных технологий	ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности
Административно-управленческая и офисная деятельность - в сфере здравоохранения	Организационно-управленческая деятельность	ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
Здравоохранение - в сфере оториноларингологии	Медицинская деятельность	ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза
		ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, контроль его эффективности и безопасности
		ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов

5. Дидактическое содержание государственного экзамена.

В состав государственного экзамена входят оценочные материалы для дисциплин Блока 1 и оценочные материалы для практик Блока 2 учебного плана.

Объем знаний выпускника, необходимый для успешного прохождения государственного экзамена определяется рабочими программами указанных дисциплин и практик.

6. Форма проведения государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация включает подготовку к сдаче и сдачу государственного экзамена, который проводится в форме комплексного выпускного экзамена, состоящего из трех этапов.

7. Место государственной итоговой аттестации в структуре образовательной программы.

Государственная итоговая аттестация (Блок 3) программы ординатуры относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации.

8. Объем государственной итоговой аттестации в зачетных единицах с указанием количества академических часов, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную работу обучающихся.

Вид учебной работы	Всего часов / зачетных единиц	на контактную работу	Из них на самостоятельную работу
Государственная итоговая аттестация	108 / 3	54	54

9. Порядок проведения экзамена:

Государственный экзамен по специальности 31.08.58 Оториноларингология

осуществляется в три этапа:

- 1 этап - оценка уровня теоретической подготовленности (тестирование);
- 2 этап - оценка уровня освоения практических умений и навыков;
- 3 этап - оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи (собеседование).

9.1. Оценка уровня теоретической подготовленности:

Оценка уровня теоретической подготовленности проводится в виде тестирования по тестовым заданиям, составленным для проведения государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.58 Оториноларингология. Один вариант тестового задания содержит 60 вопросов по всем профильным дисциплинам.

Критерии оценки уровня теоретической подготовленности обучающихся:

- 90-100% - «Отлично»,
- 80-89 % - «Хорошо»,
- 70-79 % - «Удовлетворительно»,
- до 69 % - «Неудовлетворительно».

К следующему этапу государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся при условии успешного прохождения уровня теоретической подготовленности (70% и выше).

9.2. Оценка уровня освоения практических умений и навыков:

Аттестация выпускников на данном этапе проходит на клинических базах и в симуляционном центре, согласно расписанию.

Оценка практических навыков и умений у обучающихся осуществляется во время приема больного. Каждый обучающийся собирает жалобы пациента, анамнез, проводит объективный осмотр, после чего формулирует представление о больном, предварительный диагноз, план обследования и лечения. Затем обучающемуся предоставляются результаты лабораторного и инструментального обследования пациента. Обучающийся формулирует окончательный диагноз и обосновывает терапию, выписывает два-три рецепта.

Критерии оценки сформированности практических умений и навыков:

«Отлично» - ординатор демонстрирует глубокие знания и умения в вопросах сбора анамнеза, правильно и последовательно проводит клиническое обследование ребенка, интерпретирует данные дополнительного обследования, формулирует клинический диагноз и составляет план лечения, демонстрируя знания вопросов клинической фармакологии,

«Хорошо» - ординатор демонстрирует хорошие знания и умения в вопросах сбора анамнеза; правильно и последовательно проводит клиническое обследование ребенка; интерпретирует данные дополнительного обследования; формулирует клинический диагноз и обосновывает его с помощью преподавателя; составляет план лечения. Но в вопросах особенностей фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у новорожденных и недоношенных детей недостаточно информирован.

«Удовлетворительно» - при сборе анамнеза ординатор не выделяет основные моменты, необходимые для правильной диагностики; проводит клиническое обследование, не соблюдая последовательности осмотра по системам; испытывает затруднения в интерпретации данных дополнительного обследования, а также в обосновании диагноза и особенностях фармакотерапии у новорожденных и недоношенных детей.

«Неудовлетворительно» - ординатор демонстрирует отсутствие умений в сборе анамнеза, проведении клинического осмотра. Не знает методик оценки состояния доношенных и недоношенных детей. Не может интерпретировать и анализировать дополнительную информацию для оценки состояния ребенка. Не может сформулировать клинический диагноз с учётом МКБ.

К следующему этапу государственной итоговой аттестации допускаются обучающиеся при условии успешного прохождения уровня освоения практических умений и навыков

(оценка «Удовлетворительно» и выше).

Проверка уровня сформированности компетенций обучающегося осуществляется в виде выполнения манипуляций в симуляционном центре.

«Отлично» - демонстрация способности выполнять манипуляцию на высоком профессиональном уровне в соответствии с алгоритмом.

«Хорошо» - демонстрация способности выполнять манипуляцию в соответствии с алгоритмом. Отмечаются небольшие затруднения, увеличивающие время проведения манипуляции.

«Удовлетворительно» - демонстрация способности выполнять манипуляцию. Отмечаются незначительные нарушения алгоритма и небольшие ошибки в технике выполнения.

«Неудовлетворительно» - грубое нарушение алгоритма или нарушение техники выполнения манипуляции.

9.3. Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования по ситуационным задачам профессионального характера.

Целью собеседования является выявление глубины теоретической подготовки выпускников и умения комплексно подходить к решению проблемных ситуаций в вопросах профессиональной деятельности.

Критерии оценки уровня умения решать конкретные профессиональные задачи:

«Отлично» - обучающийся демонстрирует системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеет научным языком; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации; демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе;

«Хорошо» – обучающийся демонстрирует полное знание программного материала, способен обосновывать выводы и разъяснять их в логической последовательности, но допускает ошибки общего характера; правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах;

«Удовлетворительно» – обучающийся демонстрирует достаточный уровень знания основного программного материала, но допускает существенные ошибки при его изложении и/или при ответе на вопросы; ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией; демонстрирует общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы;

«Неудовлетворительно» – обучающийся допускает при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы; не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз.

Общая оценка за три этапа определяется как среднее значение полученных оценок.

Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этапа	3 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Оценка практических навыков и умений	Собеседование и решение ситуационных задач	Выставляется с учетом результатов всех 3-х этапов

9.4. Все этапы государственного экзамена по специальности 31.08.58 Оториноларингология проводится на базе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России с использованием

имеющегося материально-технического оснащения.

10. Рекомендации обучающимся по подготовке к государственному экзамену.

Оценка уровня освоения практических умений и навыков предусматривает проверку уровня сформированности компетенций, обучающихся в виде выполнения манипуляций в аттестационно-обучающем симуляционном центре. Для подготовки к данному этапу, обучающемуся необходимо самостоятельно проработать алгоритмы выполнения необходимых манипуляций, а также отработать навыки выполнения манипуляций в аттестационно-обучающем симуляционном центре.

Оценка уровня теоретической подготовленности проводится в виде тестирования по тестовым заданиям, составленным для проведения государственной итоговой аттестации выпускников высших медицинских учебных заведений. Тестовые задания содержат 60 вопросов по всем профильным дисциплинам. Для подготовки к данному этапу аттестации, обучающемуся необходимо повторить материал по профильным предметам и смежным дисциплинам, пройти тестирование в программе MOODL по всем профильным дисциплинам до получения положительного результата. Материалом для подготовки являются пособия по тестовому контролю, имеющиеся в университетской библиотеке, лекционный материал и учебные пособия, изданные кафедрами, а также общие сборники, имеющиеся в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе.

Оценки уровня решать конкретные профессиональные задачи проводится в виде собеседования по ситуационным задачам профессионального характера. Для подготовки к данному этапу, обучающемуся необходимо проработать учебно-методический материал, использовать базовые учебники по профильным дисциплинам, а также пособия, имеющиеся в библиотеке в печатном виде или в электронном ресурсе, проработать все имеющиеся ситуационные задачи по профильным дисциплинам.

Рекомендуется посетить предэкзаменационные консультации.

11. Примеры типовых оценочных средств

Примеры заданий для оценки практической подготовки - ситуационных задач

У больной 21 года жалобы на затруднение дыхания, сильную боль в горле, больше слева, иррадиирующая в левое ухо, $t 38,2^{\circ}\text{C}$, слабость, припухлость угла нижней челюсти слева. Больна 6-ой день, после ангины, сутки назад в поликлинике по месту жительства произведено вскрытие паратонзиллярного абсцесса слева. В анамнезе ангины 2 -3 раза в год.

Объективно: голос гнусавый, кожные покровы бледные, $t 38,2^{\circ}\text{C}$, пальпируются увеличенные подчелюстные, ретромандибулярные лимфатические узлы, резко болезненные слева, у угла нижней челюсти слева болезненная при пальпации припухлость. Фарингоскопия: рот открывается шириной на два пальца, асимметрия гиперемированного мягкого неба, за счет инфильтрации и отека левой задней небной дужек, левая небная миндалина пастозна, отек язычка, на передней небной дужке разрез, длиной 1 см. При непрямой ларингоскопии отмечается припухлость и гиперемия левой половины глотки.

Задание: Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Левосторонний паратонзиллярный абсцесс, парафарингит, хронический тонзиллит ТАФ II. Госпитализация в ЛОР-отделение по витальным показаниям. Левосторонняя абсцесстонзиллэктомия, правосторонняя тонзиллэктомия. Вскрытие парафарингеального пространства трансфарингеально, при недостаточности дренажа – наружно. Антимикробная, детоксикационная, иммуномодулирующая терапия.

Примеры тестовых заданий с эталонами ответов.

1. Один из частых и характерных признаков проникающего ранения дыхательных путей

- a) гемототимпанум;
 - b) иррадиация боли в ухо;
 - c) нарушения дыхания и речевой функции;
 - d) появления эмфиземы мягких тканей.**
2. При тимпаносклерозе патологический процесс локализуется:
- a) **В среднем ухе.**
 - b) Во внутреннем и среднем ухе.
 - c) Во внутреннем ухе.
 - d) В наружном ухе.
3. Передняя стенка наружного слухового прохода граничит с:
- a) **суставной сумкой височно-нижнечелюстного сустава**
 - b) околоушной железой
 - c) передней стенкой сосцевидного отростка
 - d) дном средней черепной ямки

Примеры контрольных вопросов с ответами.

Болезнь Меньера. Клиника, диагностика, лечение.

Болезнь Меньера — заболевание, при котором происходит образование избыточного количества жидкости в полости внутреннего уха. Так как этот отдел несет ответственность за пространственную ориентацию и сохранение равновесия тела человека, нарушение функций внутреннего уха приводит к развитию характерных симптомов.

1. Симптомы болезни Меньера.

Наиболее ярким проявлением заболевания является системное головокружение. Именно этот симптом чаще всего вынуждает больного обратиться за диагностикой и последующим лечением болезни Меньера. Во время приступа головокружения человек испытывает ощущение как на карусели, словно все пространство вокруг него приходит в движение — окружающие предметы смещаются и вращаются. Ощущения настолько сильные, что больной не способен устоять на ногах, и рефлекторно хватается за мебель, стоящих рядом людей и в принципе не может сохранять вертикальное положение тела или даже сидеть. Длительность приступа может длиться от нескольких минут до суток, но средняя продолжительность эпизода системного головокружения составляет 2-7 часов.

Кроме этого симптома болезнь Меньера также проявляется другими, требующими внимания специалистов признаками:

— Снижение остроты слуха и слуховые расстройства. В этом случае больной периодически отмечает заложенность в пораженном ухе, и снижение восприятия низких частот. По мере развития заболевания, снижение остроты слуха прогрессирует с каждым новым приступом.

— Тошнота и рвота. Во время приступов системного головокружения эти симптомы очень распространены, и возникают по той же причине, что морская болезнь. Субъективные ощущения вращения самого пространства и собственного тела в нем, вызывают у больного эпизоды неукротимой рвоты.

— Во время приступов системного головокружения отмечается бледность кожных покровов, чрезмерное потоотделение, неспособность больного сфокусировать взгляд (у пациентов наблюдается движения глазных яблок).

В начале развития заболевания обострение болезни чередуется с периодами ремиссии, в течение которых больной способен восстанавливать работоспособность. Лечение болезни

Меньера на этом этапе наиболее эффективно, так как позволяет предупредить дальнейшее нарушение функций внутреннего уха. Но по мере прогрессирования заболевания тяжесть приступов системного головокружения нарастает, а функции внутреннего уха претерпевают все более негативные изменения. И в периоды вне обострений больной продолжает страдать от тяжести в голове, шума и звона в ушах, нарушений координации движений. При прогрессировании болезни Меньера, она может привести к распространению патологического процесса на здоровое ухо, что становится причиной развития двустороннего стойкого снижения слуха.

2. Классификация.

Болезнь Меньера принято классифицировать по симптомам, которые преобладают в начале заболевания:

Кохлеарная форма. Наблюдается примерно в половине всех случаев заболевания. Для кохлеарной формы характерно начало болезни, при котором у больного наблюдаются преимущественно слуховые нарушения (шум и звон в ушах, снижение остроты слуха).

Вестибулярная форма. Диагностируется в около 20% всех случаев болезни Меньера. Заболевание начинается с более или менее выраженных вестибулярных расстройств и эпизодов системного головокружения.

Классическая (или смешанная) форма. При этой форме заболевания кохлеарные и вестибулярные симптомы возникают и развиваются одновременно. Выраженность нарушений слуха и интенсивность приступов может различаться, но присутствует два типа симптомов.

3. Причины болезни.

На сегодняшний день точные причины болезни Меньера остаются до конца невыясненными. Существует ряд гипотез и предположений, которые в определенной мере объясняют вероятные причины развития этого заболевания:

— осложнения вирусных инфекций, в результате которых развиваются аутоиммунные процессы (механизмы иммунной системы, направленные против клеток и тканей собственного организма);

— наследственная предрасположенность (ряд исследователей отмечает в семейной истории пациентов с болезнью Меньера случаи этого заболевания у предыдущих поколений);

— сосудистые заболевания, при которых нарушен отток крови от тканей внутреннего уха, что приводит к скоплению в его полости избыточного количества жидкости;

— нарушения обмена веществ, в частности, водно-волевого обмена;

— травматические повреждения внутреннего уха;

— заболевания эндокринного характера, при которых выражен дефицит эстрогенов;

— воспалительные и инфекционные заболевания внутреннего уха с прерванным или неправильным лечением, вследствие чего в тканях лабиринта развиваются негативные изменения;

— аллергия.

4. Диагностика

Симптомы болезни Меньера достаточно характерны для того, чтобы уже при первичном осмотре врач смог понять, какое именно заболевание стало причиной жалоб пациента.

Для подтверждения диагноза и оценки степени тяжести поражений используются следующие методы диагностики:

— аудиометрия — метод, выявляющий снижение слуха в диапазоне низких частот, что характерно для начальной стадии заболевания;

— акустическая импедансометрия, позволяющая оценить степень подвижности слуховых косточек;

— отоскопия (микроотоскопия) направлена на выявление возможных патологий наружного слухового прохода и изменений в барабанной перепонке;

— вестибулометрия и другие методы оценки работы вестибулярного аппарата;

— МРТ головного мозга для исключения опухолевых заболеваний, в том числе, невриномы слухового нерва.

В зависимости от особенностей клинической картины, отоларинголог может дополнить комплекс обследования рядом других диагностических методов. Они могут потребоваться как для детализации уже выявленных обстоятельств, так и для исключения других заболеваний со схожими проявлениями.

Лечение болезни Меньера также требует проведения контрольных диагностических исследований, которые помогают оценить эффективность терапии и скорректировать назначения или подобрать другие методы, если выявлена недостаточная их эффективность.

5. Лечение болезни Меньера

Лечение болезни Меньера имеет два направления: купирование приступов системного головокружения и предотвращение дальнейших изменений во внутреннем ухе.

В зависимости от особенностей течения заболевания, наличия у пациента сопутствующих патологий, степени нарушений функций внутреннего уха и других факторов, могут использоваться различные методы лечения.

Медикаментозное лечение.

По результатам диагностики пациенту назначаются следующие группы лекарственных препаратов:

- нейролептики;
- сосудорасширяющие;
- антигистамины;
- диуретики;
- спазмолитические;
- седативные и пр.

Комбинация препаратов и конкретные наименования подбираются врачом, и принимаются по указанной им схеме. В большинстве случаев лечение симптомов болезни Меньера и ее осложнений на внутреннее ухо проводится амбулаторно. При тяжелых вестибулярных нарушениях, которые сопровождаются тошнотой и рвотой, назначенные препараты вводятся с помощью инъекций.

6. Хирургическое лечение.

При недостаточной или полностью отсутствующей эффективности медикаментозного лечения рекомендуется хирургическое вмешательство. В зависимости от выявленных изменений во внутреннем ухе и других факторов, хирургическая операция может ставить перед собой следующие цели:

Снижение давления жидкости на клетки внутреннего уха. Для этого используются декомпрессионные операции, направленные на нормализацию оттока жидкости из полости уха. При различных показаниях могут применяться разные методы (дренирование эндолимфатического мешка, перфорация основания стремени и другие).

Деструктивные операции позволяют провести контролируемое разрушение участков внутреннего уха и путей его иннервации, которые отвечают за возникновение симптомов болезни Меньера. Эта разновидность вмешательства показана при тяжелых приступах системного головокружения, которые не поддаются купированию медикаментозными средствами, а изменения в полости внутреннего уха достигли той степени, когда дренирующие операции нецелесообразны.

Операции на вегетативной нервной системе подразумевают разъединение канала, по которым происходит «трансляция» ошибочных сигналов от внутреннего уха в мозг. Это позволяет решить проблему системных головокружений наиболее радикальным способом.

7. Другие методы лечения болезни Меньера

Лечение этого заболевания должно проводиться одновременно с коррекцией жизни пациента и его рациона питания.

Так, из меню должны быть исключены продукты с содержанием избыточного количества соли (соленья, колбасные продукты, копчености и пр.). 1-2 раза в неделю рекомендуется проводить разгрузочные дни на бессолевой диете. Кроме того, следует отказаться от потребления алкоголя, кофе и кофеинсодержащих напитков и продуктов, так как они производят негативный эффект на нервную систему и могут в определенной мере провоцировать приступы головокружения.

Физическую активность ограничивать не следует (при условии, что эпизоды головокружения контролируемые, и купируются медикаментозными средствами). По направлению отоларинголога, инструктор по ЛФК составит комплекс упражнений, улучшающих координацию движений и, в целом, укрепляющих вестибулярный аппарат.

8. Прогноз

К сожалению, на 100% точных прогнозов по течению болезни Меньера дать невозможно. Прогрессирование этого заболевания во многом подчиняется индивидуальным особенностям организма, возрасту больного, условиям его жизни, наличию других заболеваний.

В истории отоларингологии известны случаи, когда болезнь Меньера после длительного течения проявлялась все менее тяжелыми симптомами, пока ситуация не разрешалась благоприятно для пациента — системные головокружения прекращались, и качество жизни восстанавливалось.

Но в большинстве случаев это заболевание постепенно прогрессирует, вызывая необратимые нарушения слуха. При вовлечении в процесс здорового уха может наступить двустороннее стойкое снижение слуха, требующих реабилитации слуховыми аппаратами.

9. Профилактика болезни Меньера

Профилактика болезни Меньера — понятие условное, так как причины развития этой болезни и провоцирующие факторы до конца не изучены. Но для снижения вероятности развития этого заболевания следует использовать золотые стандарты здоровья:

— своевременно лечите все выявленные заболевания, а также регулярно проходите профилактические медицинские осмотры;

— скорректируйте рацион в пользу полезной и здоровой пищи, и контролируйте соблюдение режима труда и отдыха;

— так как аллергия — один из наиболее вероятных факторов, провоцирующих болезнь Меньера — наличие аллергической реакции на что-либо является веской причиной для реорганизации образа жизни с целью устранения влияния на организм аллергенов;

— отказ от вредных привычек — еще один важный шаг для поддержания общего состояния здоровья на должном уровне, а также для снижения рисков для здоровья внутреннего уха.

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложении № 1* к рабочей программе.

12. Перечень учебной литературы, необходимой для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Оториноларингология: национальное руководство / под ред. В. Т. Пальчуна. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970471968.html>

2. Офтальмология: национальное руководство / под ред. С. Э. Аветисова, Е. А. Егорова, Л. К. Мошетовой, В. В. Нероева, Х. П. Тахчиди. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465851.html>
3. Справочник оториноларинголога / А. С. Лопатин, А. В. Варвянская, Г. Р. Каспранская. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459270.html>
4. Трудные дыхательные пути. Как не испугаться и не ошибиться / Зайцев А. Ю., Светлов В. А., Дубровин К. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970453681.html>
5. Лучевая диагностика: учебное пособие / Е. Б. Илясова, М. Л. Чехонацкая, В. Н. Приезжева. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458778.html>
6. Справочник врача-оториноларинголога. / В. В. Вишняков. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461242.html>
7. Острые тонзиллиты (ангины) в практике скорой и неотложной медицинской помощи: руководство для врачей и фельдшеров / Н. Ф. Плаунов, В. А. Кадышев, Л. Н. Проскурина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970468753.html>
8. Профессиональные заболевания ЛОР-органов / В. Б. Панкова, И. Н. Федина; под общ. ред. И. В. Бухтиярова, Н. А. Дайхеса. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970460696.html>
9. На границе неврологии и оториноларингологии / М. В. Тардов, А. И. Крюков, А. В. Болдин [и др.]; под ред. А. И. Крюкова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970476734.html>
10. Реабилитация инвалидов: национальное руководство. Краткое издание / под ред. Г. Н. Пономаренко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456187.html>

Дополнительная литература:

1. Кашель у детей. Клиническое руководство / Г. А. Самсыгина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455326.html>
2. Острые респираторные заболевания у детей / Самсыгина Г. А. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451052.html>
3. Наружный отит: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / Г.Н. Никифорова, В.М. Свистушкин, А.Н. Славский и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36346>
4. Носовое кровотечение: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / А.Н. Славский, В.М. Свистушкин, С.В. Старостина и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36348>
5. Травмы носа: этиология, патогенез, клиника, лечение: учебное пособие / Ю.Ю. Русецкий, В.М. Свистушкин и др. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36350>
6. информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.medlib.ru/library/library/books/36350>

7. Физическая терапия в оториноларингологической практике: практическое руководство / А.Г. Буявых. - Москва: ООО «Издательство «Медицинское информационное агентство», 2019. - Текст : электронный // URL :<https://www.medlib.ru/library/library/books/36025>
8. Болезни глотки: учебное пособие / Е.В. Носуля, И.А. Ким, А.К. Винников. - Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. - Текст : электронный // URL :<https://www.medlib.ru/library/library/books/13700>
9. Клиническая ринология / Г.З. Пискунов, С.З. Пискунов. - 3-е изд., доп. - Москва: ООО «Медицинское информационное агентство», 2017. - Текст : электронный // URL :<https://www.medlib.ru/library/library/books/4907>
10. Онкологическая патология в практике врача-оториноларинголога: учебное пособие / Н. А. Дайхес, В. В. Виноградов, С. С. Решульский [и др.]. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст : электронный // URL :
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970459881.html>
11. Рентгенологические исследования в стоматологии и челюстно-лицевой хирургии / А. П. Аржанцев - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. Текст : электронный // URL :
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970437735.htm>
12. Практическая неврология / под ред. А. С. Кадыкова, Л. С. Манвелова, В. В. Шведкова - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст : электронный // URL :
<https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438909.html>

Базы данных, информационно-справочные и поисковые системы:

- Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)
- Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)
- ЭБС «Букап» (<https://www.books-up.ru/>)
- ЭБС «Юрайт» (<https://urait.ru/>)
- Электронная библиотека «Профи-Либ СпецЛит» (<https://speclit.profy-lib.ru/>)
- Всемирная база данных статей в медицинских журналах PubMed
<https://www.ncbi.nlm.nih.gov/>
- Научная электронная библиотеке <http://elibrary.ru/>
- Поисковые системы Google, Rambler, Yandex
(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)
- Мультимедийный словарь перевода слов онлайн МультиТран (<http://www.multitrans.ru/>)
- Университетская информационная система РОССИЯ (<https://uisrussia.msu.ru/>)
- Публикации ВОЗ на русском языке (<https://www.who.int/ru/publications/i>)
- Международные руководства по медицине (<https://www.guidelines.gov/>)
- Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ) (<http://www.femb.ru>)
- Боль и ее лечение (www.painstudy.ru)
- US National Library of Medicine National Institutes of Health (www.pubmed.com)
- Русский медицинский журнал (www.rmj.ru)
- Министерство здравоохранения Российской Федерации
(www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)
- КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (<https://cyberleninka.ru>)
- Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

13. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

13.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по подготовке к «Государственной итоговой аттестации» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

**ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
К ПРОГРАММЕ ИТОГОВОЙ ГОСУДАРСТВЕННОЙ АТТЕСТАЦИИ**

Специальность	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация выпускника:	«Врач-оториноларингология»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

**В результате изучения программы дисциплины по специальности 31.08.58
Оториноларингология обучающегося формируются следующие компетенции:**

- Универсальные: УК-1, УК-2, УК-3, УК-4, УК-5.
- Общепрофессиональные: ОПК-1, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10
- Профессиональные: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6

Универсальные компетенции

Компетенции	Показатели достижения заданного уровня освоения компетенции и критерии оценивания результатов обучения
УК-1. Способен критически и системно анализировать, определять возможности и способы применения достижения в области медицины и фармации в профессиональном контексте	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения. - новые технологии в области медицины и фармации по диагностике, лечению, пациентов: - пациент- ориентированный, персонализированный подход в современной медицине; - роль специалистов в сохранении и укреплении здоровья населения. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анализировать полученную информацию о новых достижениях в области медицины и фармации; - использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача- неонатолога; - излагать собственную точку зрения после анализа полученной научной информации, соблюдая морально- этические нормы аргументации, участвовать в дискуссии и проведении круглых столов., - информировать пациентов и их родственников в соответствии с требованиями правил «информированного согласия»
УК-2. Способен разрабатывать, реализовывать проект и управлять им	<p>Знает: цели, задачи и принципы формирования проекта в рамках обозначенной проблемы; содержание и критерии эффективности каждого этапа проекта;</p> <p>Умеет: составлять и реализовывать план-контроль реализации проекта.</p>
УК-3. Способен руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, организовывать процесс оказания медицинской помощи населению	<p>Знает: знает принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала</p> <p>Умеет: руководить работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала, используя принципы организации процесса оказания медицинской помощи и методы руководства.</p>
УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	<p>Знает: основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон</p> <p>Умеет: применять основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон и толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива</p>
УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	<p>Знает: методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории</p> <p>Умеет: применять методы объективной оценки собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории</p>

Общепрофессиональные компетенции

Компетенции	Показатели достижения заданного уровня освоения компетенции и критерии оценивания результатов обучения
ОПК-1. Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности	<p>Знает: современные информационно-коммуникационные технологии в рамках системы непрерывного медицинского образования для профессионального и личностного развития</p> <p>Умеет: использовать современные информационно-коммуникационные технологии для профессионального и личностного развития</p>
ОПК-2. Способен применять основные принципы организации и управления в сфере охраны здоровья граждан и оценки качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - организацию лечебно- профилактической помощи пациентам; <p>- Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - использовать приказы и другие нормативные документы Минздрава РФ в работе врача- оториноларинголога; - работать с медицинской документацией в условиях поликлиники, амбулатории и стационара в соответствии с нормативными требованиями; - проводить пропаганду здорового образа жизни; - организовать профилактическую работу по снижению заболеваемости пациентов; - организовать диспансерное наблюдение за здоровыми и больными пациентами, пациентами из группы риска; - проводить профилактику обострений хронических заболеваний; - организовать санитарно - просветительную и медико- социальную работу
ОПК-3. Способен осуществлять педагогическую деятельность	<p>Знает: педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения</p> <p>Умеет: использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения</p>
ОПК-4. Способен проводить клиническую диагностику и обследование пациентов	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - этиопатогенез, патоморфологию, классификацию заболеваний ЛОР органов; - патологические состояния, симптомы, синдромы, - дифференциальную диагностику, - особенности течения, осложнения и исходы заболеваний; - порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, стандарты медицинской помощи, - Международную классификацию болезней (МКБ); - основные методы лабораторных и инструментальных обследований, показания к их назначению, - правила интерпретации полученных результатов. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - осуществлять сбор жалоб, анамнеза жизни; - проводить осмотр пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - составлять план обследования пациента и интерпретирует полученные результаты; - устанавливать причинно-следственную связь между воздействием каких-либо факторов и состоянием здоровья; - определять клиническую картину основных заболеваний; - пользоваться МКБ для постановки диагноза; - применять лабораторные и инструментальные методы исследований и интерпретировать полученные результаты; - оценивать результаты выполненных исследований, в том числе вспомогательных (лучевых, функциональных, лабораторных)
ОПК-5. Способен назначать лечение пациентам при заболеваниях и (или)	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - показания и противопоказания к назначению медикаментозных, немедикаментозных, хирургических методов лечения;

<p>состояниях, контролировать его эффективность и безопасность</p>	<ul style="list-style-type: none"> - механизмы действия лекарственных препаратов и проблемы совместимости лекарственных средств; -побочные действия и осложнения диагностических и лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов, хирургических вмешательств; - методы обезболивания, требования асептики и антисептики - принципы и методы оказания первичной, специализированной, высокотехнологичной медицинской помощи. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разрабатывать обоснованный комплексный план лечения с учетом возраста и пола, особенностей клинической картины заболевания: назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание; - анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий и оценивать эффективность и безопасность их применения; - определять медицинские показания и противопоказания для хирургических вмешательств, манипуляций; - разрабатывать план подготовки пациентов к хирургическому вмешательству или манипуляциям; - выполнять медицинские вмешательства, отдельные этапы и хирургические вмешательства при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; - оценить эффективность проводимого лечения; - корректировать назначенное лечение, предотвращать или устранять осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, возникшие в результате диагностических или лечебных манипуляций, применения лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий, лечебного питания или хирургических вмешательств.
<p>ОПК-6. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по медицинской реабилитации при заболеваниях и (или) состояниях, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы медицинской реабилитации, механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм; -методы медицинской реабилитации; - медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; - критерии оценки качества реабилитационного процесса -медицинские показания для назначения и проведения санаторно-курортного лечения. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации; - разрабатывать план реабилитационных мероприятий; - применять различные формы и методы реабилитации пациентов; - определять медицинские показания для направления пациентов к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения; - оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации.
<p>ОПК-7. Способен проводить в отношении пациентов медицинскую экспертизу</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок выдачи листов нетрудоспособности; - порядки проведения отдельных видов медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров; - медицинские показания для направления пациентов на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить отдельные виды медицинских освидетельствований, предварительных и периодических медицинских осмотров и выносить медицинские заключения по их результатам; - определять признаки временной нетрудоспособности и признаки стойкого нарушения функции слуха; <ul style="list-style-type: none"> – выдавать листка нетрудоспособности; – при необходимости направить пациентов на медико-социальную экспертизу.

<p>ОПК-8. Способен проводить и контролировать эффективность мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Методы профилактики возникновения и прогрессирования заболеваний ЛОР-органов <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Обучать пациентов и/или их родственников мерам профилактики заболеваний ЛОР-органов - Организовывать и проводить мероприятия по профилактике заболеваний ЛОР-органов - Рекомендовать оптимальные виды профилактики и предотвращения прогрессирования ЛОР-заболеваний
<p>ОПК-9. Способен проводить анализ медико-статистической информации, вести документацию и организовывать деятельность находящегося в распоряжении медицинского персонала</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Основные показатели, характеризующие состояние здоровья населения; - Организацию экспертизы качества оказания медицинской помощи; - Правила оформления медицинской документации в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "оториноларингология" - Правила работы в информационно-аналитических системах и информационно-телекоммуникационной сети "Интернет"; - Должностные обязанности медицинских работников в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь по профилю "оториноларингология" - Вопросы этики и деонтологии в работе врача-оториноларинголога. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - Применять методики изучения состояния здоровья населения; - Анализировать и оценивать деятельность учреждений здравоохранения по качеству и эффективности оказания медицинской помощи - Анализировать основные демографические показатели, используемые учреждениями здравоохранения для оценки здоровья населения, планирования деятельности медицинских учреждений и обоснования различных целевых программ по охране общественного здоровья; - Составлять план работы и отчет о своей работе - Заполнять медицинскую документацию, в том числе в форме электронного документа, контролировать качество ее ведения - Проводить анализ медико-статистических показателей заболеваемости новорожденных и недоношенных детей, перинатальной, ранней неонатальной, неонатальной и младенческой смертности - Использовать информационно-аналитические системы и информационно-телекоммуникационную сеть "Интернет"; - Выполнять должностные обязанности с соблюдением правил внутреннего трудового распорядка, требований пожарной безопасности, охраны труда - Осуществлять контроль выполнения должностных обязанностей находящимся в распоряжении медицинским персоналом
<p>ОПК-10. Способен участвовать в оказании неотложной медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - оценку состояния пациента, требующего оказания экстренной медицинской помощи - состояния, представляющие угрозу жизни пациенту (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания), требующие оказания медицинской помощи в экстренной форме - правила оказания экстренной медицинской помощи при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - проводить оценку состояния пациента требующего оказания экстренной медицинской помощи - выявлять или проводить диагностику состояний, представляющих угрозу жизни пациенту (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания) - оказывать медицинскую помощь в экстренной форме пациентам при состояниях, представляющих угрозу жизни пациентов, в том числе клинической

	смерти (остановка жизненно важных функций организма человека (кровообращения и (или) дыхания)
--	---

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Показатели достижения заданного уровня освоения компетенции и критерии оценивания результатов обучения
ПК-1. Способность и готовность к осуществлению педагогической деятельности по образовательным программам в организациях ВО	<p>Знает: педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО</p> <p>Умеет: применять педагогические методы и приёмы организации педагогической деятельности по образовательным программам в организациях СПО и ДПО</p>
ПК-2. Способен применять современные компьютерные технологии при осуществлении профессиональной деятельности	<p>Знает: основные базы данных, электронные библиотеки и др. электронные ресурсы, необходимые для реализации научных проектов, организации исследовательской, проектной и иной деятельности, соответствующей научной области и области профессиональной деятельности</p> <p>Умеет: использовать информационные системы в здравоохранении; применять компьютерные методы обработки данных в медицине</p>
ПК-3. Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	<p>Знает: нормативные правовые акты, регулирующие работу структурных подразделений медицинской организации.</p> <ul style="list-style-type: none"> - принципы организации труда - порядок ведения учетно-отчетной документации <p>Умеет: использовать формы и методы работы, направленные на повышение качества медицинской помощи населению</p> <ul style="list-style-type: none"> - обеспечить внутренний контроль качества и безопасности медицинской деятельности
ПК-4. Проведение обследования пациентов в целях выявления заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа и установления диагноза.	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - анатоμο-функциональное состояние уха, горла, носа у пациентов в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях; - возрастные анатоμο-физиологические особенности ЛОР органов; - этиологию, патогенез и патоморфологию, клиническую картину, дифференциальную диагностику, особенности течения, осложнения и исходы заболеваний и (или) патологических состояний уха, горла, носа; - порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; - стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; - методику сбора анамнеза жизни и жалоб у пациентов (их законных представителей) с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - методику осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - методы лабораторных и инструментальных исследований для диагностики заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа, медицинские показания к их проведению, правила интерпретации результатов; - патологические изменения уха, горла, носа; - профессиональные заболевания и (или) состояния уха, горла, носа; - заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, требующие направления пациентов к врачам-специалистам - заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, требующие оказания медицинской помощи в неотложной форме; - заболевания и (или) состояния иных органов и систем, сопровождающиеся изменениями со стороны уха, горла, носа; - симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - Международную классификацию болезней (МКБ-10). <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - собрать и проанализировать информацию о состоянии уха, горла, носа пациента (жалобы, анамнез, оториноларингологический осмотр); - оценивать анатоμο-функциональное состояние уха, горла, носа в норме, при заболеваниях и (или) патологических состояниях;

	<ul style="list-style-type: none"> - применять методы при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа с учетом возрастных анатомо-функциональных особенностей в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - комплекс стандартного оториноларингологического обследования; - риноскопия, задняя риноскопия; - фарингоскопия; - ларингоскопия (непрямая и прямая); - отоскопия; - пальцевое исследование глотки; - ольфактометрия; - исследование функции носового дыхания; - основные аудиологические и вестибулометрические тесты; - комплекс специфического обследования (эндоскопическая ревизия полости носа, носоглотки и околоносовых пазух, эндоскопия уха, микроскопия уха, горла, носа, стробоскопия); - основные этапы диагностики, в том числе дифференциальной диагностики воспалительных заболеваний, доброкачественных и злокачественных опухолей, травматических повреждений и аномалий развития уха, носа и околоносовых пазух, глотки, гортани и трахеи, горла; - комплекс обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа при внутричерепных, внутриглазничных и внечерепных осложнениях, а также при профессиональных болезнях; - интерпретировать и анализировать результаты осмотра и обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - обосновывать и планировать объем инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - интерпретировать и анализировать результаты инструментального обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - обосновывать и планировать объем лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - интерпретировать и анализировать результаты лабораторного обследования пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - обосновывать необходимость направления к врачам-специалистам пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, порядками оказания медицинской помощи и с учетом стандартов медицинской помощи; - интерпретировать и анализировать результаты осмотра врачами-специалистами пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - выявлять клинические симптомы и синдромы у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - применять при обследовании пациентов медицинские изделия в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, обеспечивать безопасность диагностических манипуляций; - определять медицинские показания для оказания скорой, в том числе скорой специализированной, медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - выявлять симптомы и синдромы осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате диагностических процедур у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа.
<p>ПК-5. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла,</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - порядок оказания медицинской помощи населению по профилю «Оториноларингология»;

<p>носа, контроль его эффективности и безопасности</p>	<ul style="list-style-type: none"> - стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной, медицинской помощи при заболеваниях уха, горла, носа; - клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями и травмами уха, горла, носа; - современные методы лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - механизм действия лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания, применяемых в оториноларингологии; показания и противопоказания к назначению; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - методы немедикаментозного лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла и носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - медицинские показания для назначения слухопротезирования и методы коррекции слуха; - принципы и методы хирургического лечения заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - манипуляции при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа; показания и противопоказания; возможные осложнения, побочные действия, нежелательные реакции, в том числе серьезные и непредвиденные; - способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших при обследовании или лечении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - предоперационная подготовка и послеоперационное ведение пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - медицинские изделия, в том числе хирургический инструментарий, расходные материалы, применяемые при хирургических вмешательствах, манипуляциях на ухе, горле, носе; - методы обезболивания в оториноларингологии; - требования асептики и антисептики; - принципы и методы оказания неотложной медицинской помощи пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе, в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - разрабатывать план лечения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи; - назначать лекарственные препараты, медицинские изделия и лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи, анализировать действие лекарственных препаратов и (или) медицинских изделий - оценивать эффективность и безопасность применения лекарственных препаратов, медицинских изделий и лечебного питания у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - назначать медицинские изделия и лечебное питание пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
--	--

- разрабатывать план подготовки пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к хирургическому вмешательству или манипуляциям;
- выполнять медицинские вмешательства, отдельные этапы и хирургические вмешательства при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа:
- анемизация слизистой полости носа (нижнего и среднего носового хода) с применением навивных зондов;
- прижигание кровотока в полости носа;
- передняя и задняя тампонады полости носа;
- первичная хирургическая обработка ран уха, горла и носа;
- вскрытие фурункула и карбункула носа;
- вскрытие гематомы и абсцесса перегородки носа;
- удаление инородных тел носа;
- пункция верхнечелюстных пазух носа;
- внутриносая блокада;
- ультразвуковая, радиоволновая, лазерная дезинтеграция носовых раковин;
- вазотомия нижних носовых раковин;
- подслизистая резекция носовых раковин;
- подслизистая резекция перегородки носа;
- репозиция костей носа;
- отслойка слизистой оболочки перегородки носа при рецидивирующих носовых кровотечениях;
- операция на верхнечелюстной, лобной пазухах и клетках решетчатого лабиринта;
- трепанопункция лобной пазухи;
- туалет полости носа больным после ринохирургических вмешательств;
- промывание лакун небных миндалин и туширование задней стенки глотки;
- вскрытие паратонзиллярного абсцесса;
- вскрытие заглоточного, боковоглоточного абсцессов;
- аденотомия;
- тонзиллотомия;
- тонзилэктомия;
- удаление инородных тел глотки и носоглотки;
- вскрытие флегмоны шеи;
- удаление инородных тел гортани;
- вскрытие абсцесса надгортанника;
- промывание аттика;
- парацентез барабанной перепонки и шунтирование барабанной полости;
- промывание аттика;
- пункция и вскрытие отогематомы;
- обработка ушной раковины при ожогах и обморожениях;
- вскрытие фурункула наружного слухового прохода;
- удаление инородного тела наружного слухового прохода;
- остановка ушных кровотечений;
- антропункция
- антротомия;
- радикальная (общеполостная) операция на ухе;
- туалет наружного слухового прохода методом кюретажа и ирригации;
- туалет наружного слухового прохода и перевязка пациентов после отохирургических вмешательств;
- туалет среднего уха больным с мезотимпанитом;
- продувание слуховых труб по Политцеру;
- катетеризация слуховых труб;
- забор материала из уха, горла, носа и смежных областей для бактериологического, цитологического, гистологического методов исследования (в том числе проведение тонкоигольчатой биопсии);
- разрабатывать план послеоперационного ведения пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи;
- проводить мониторинг заболевания и (или) состояния уха, горла, носа, корректировать план лечения в зависимости от особенностей течения;

	<ul style="list-style-type: none"> - оказывать медицинскую помощь пациентам при неотложных состояниях, вызванных заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе в чрезвычайных ситуациях, в соответствии с действующими порядками оказания медицинской помощи, клиническими рекомендациями (протоколами лечения) по вопросам оказания медицинской помощи, с учетом стандартов медицинской помощи: - остановка кровотечения из уха, горла, носа; - восстановление дыхания пациента при угрожающих жизни нарушениях дыхания через верхние дыхательные пути (ротоглотка, гортань); - удаление инородного тела из уха, горла, носа; - оказание неотложной помощи при травмах уха, горла, носа; - оказание неотложной помощи при ожогах и обморожениях уха, горла, носа; - оказание неотложной помощи при гнойно-воспалительных процессах, в том числе абсцессах, флегмонах уха, горла, носа; - оказание неотложной помощи при развитии внутричерепных и орбитальных осложнений заболеваний и (или) состояний уха, горла, носа.
<p>ПК-6. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальных программ реабилитации и абилитации инвалидов</p>	<p>Знает:</p> <ul style="list-style-type: none"> - основы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа; - методы медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа; - медицинские показания и противопоказания к проведению реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа; - механизм воздействия реабилитационных мероприятий на организм у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа; - медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения проведения мероприятий реабилитации, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; - медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения и проведения санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов; - показания и противопоказания для назначения слухопротезирующих устройств, методы ухода за ними - способы предотвращения или устранения осложнений, побочных действий, нежелательных реакций, в том числе серьезных и непредвиденных, возникших в результате мероприятий реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, инвалидов по заболеваниям уха, горла, носа; - медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, последствиями травм или дефектами, на медико-социальную экспертизу, в том числе для составления индивидуальной программы реабилитации и абилитации инвалидов, требования к оформлению медицинской документации. <p>Умеет:</p> <ul style="list-style-type: none"> - определить возможность продолжения профессиональной деятельности пациента; - организовывать диспансеризацию, реабилитацию пациентов; - оформить надлежащим образом медицинскую документацию; - определять медицинские показания для проведения мероприятий медицинской реабилитации пациентам с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов; - разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов; - разрабатывать план реабилитационных мероприятий у пациентов с ЛОР заболеваниями, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов;

	<ul style="list-style-type: none"> - проводить мероприятия медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов; - определять медицинские показания для направления пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа к врачам-специалистам для назначения и проведения мероприятий по медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения, в том числе при реализации индивидуальной программы реабилитации или абилитации инвалидов; - определять медицинские показания для направления пациентов, имеющих стойкое нарушение функций организма, обусловленное ЛОР заболеваниями, последствиями травм или дефектами, для прохождения медико-социальной экспертизы; - оценивать эффективность и безопасность мероприятий медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями уха, горла, носа, в том числе при реализации программы реабилитации или абилитации инвалидов; - назначать слухопротезирование и давать рекомендации по уходу за слухопротезирующими устройствами.
--	---

3. Этапы проведения государственной итоговой аттестации

Этапы ГИА	Коды контролируемых компетенций	Наименование оценочных средств*
1 этап - Оценка уровня теоретической подготовленности (тестирование в электронном или письменном виде)	УК-1, УК-2, ОПК-1, ОПК-2, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6	КВ, ТЗ
2 этап - Оценка уровня освоения практических умений и навыков	ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6.	КВ, ПН
3 этап - Оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи (собеседование)	УК-1, УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-2, ОПК-3, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК 7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-1, ПК-4, ПК-5, ПК-6.	КВ, СЗ

*виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ), ситуационные задачи (СЗ), курсовая работа (КР)

Критерии уровня освоения теоретической подготовки и практических умений обоснованы в рабочей программе государственной итоговой аттестации.

4. Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	2 этапа	3 этап	Итоговая оценка аттестации
Тестирование	Практические умения и навыки	Собеседование	Выставляется с учетом результатов всех предыдущих этапов экзамена.

Критерии оценки результатов поэтапного экзамена

Показатель оценивания результатов освоения образовательной программы	Критерий			
	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
1. Оценка уровня теоретической подготовленности по тестам	90-100%	80-89 %	70-79 %	До 70%
2. Оценка уровня освоения практических умений и навыков	Демонстрирует глубокие знания и умения в вопросах сбора анамнеза,	Демонстрирует хорошие знания и умения в вопросах сбора анамнеза;	При сборе анамнеза не выделяет основные моменты,	Демонстрирует отсутствие умений в сборе анамнеза, проведении

	правильно и последовательно проводит клиническое обследование ребенка, интерпретирует данные дополнительного обследования, формулирует клинический диагноз и составляет план лечения, демонстрируя знания вопросов клинической фармакологии, с алгоритмом.	правильно и последовательно проводит клиническое обследование ребенка; интерпретирует данные дополнительного обследования; формулирует клинический диагноз и обосновывает его с помощью преподавателя; составляет план лечения. Но в вопросах особенностей фармакокинетики и фармакодинамики лекарственных препаратов у пациентов недостаточно информирован.	необходимые для правильной диагностики; проводит клиническое обследование, не соблюдая последовательности осмотра по системам; испытывает затруднения в интерпретации данных дополнительного обследования, а также в обосновании диагноза и особенностях фармакотерапии у пациентов	клинического осмотра. Не знает методик оценки состояния пациентов. Не может интерпретировать и анализировать дополнительную информацию для оценки состояния пациента. Не может сформулировать клинический диагноз с учётом МКБ.
3. Оценка умения решать конкретные профессиональные задачи.	Обучающийся демонстрирует системные, глубокие знания программного материала, необходимые для решения профессиональных задач, владеет научным языком; ответы на вопросы отличаются логической последовательностью, четкостью в выражении мыслей и обоснованностью выводов; правильно ставит диагноз с учетом принятой классификации; демонстрирует знание источников (нормативно-правовых актов, литературы, понятийного аппарата) и умение ими пользоваться при ответе	Обучающийся демонстрирует полное знание программного материала, способен обосновывать выводы и разяснять их в логической последовательности, но допускает ошибки общего характера; правильно ставит диагноз, но допускает неточности при его обосновании; ответы на вопросы отличаются логичностью, четкостью, знанием понятийного аппарата и литературы по теме вопроса при незначительных упущениях при ответах	Обучающийся демонстрирует достаточный уровень знания основного программного материала, но допускает существенные ошибки при его изложении и/или при ответе на вопросы; ориентирован в заболевании, но не может поставить диагноз в соответствии с классификацией; демонстрирует общее представление и элементарное понимание существа поставленных вопросов, понятийного аппарата и обязательной литературы	Обучающийся допускает при ответе на вопросы множественные ошибки принципиального характера; не может правильно ответить на большинство вопросов задачи и дополнительные вопросы; не может сформулировать диагноз или неправильно ставит диагноз

Критерии оценки освоения компетенций

Критерии оценки сформированности компетенций в формализованном виде:

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Неудовлетворительно	Не имеет необходимых представлений о проверяемом материале

Удовлетворительно/ неудовлетворительно	«Знает» на уровне ориентирования, представлений. Знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к определенной науке, отрасли или объектам, узнает их в текстах, изображениях или схемах и знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения
Удовлетворительно	«Знает» и «умеет» на репродуктивном уровне. Знает изученный элемент содержания репродуктивно: произвольно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях.
Хорошо	«Знает», «умеет» на аналитическом уровне. Знает на репродуктивном уровне и указывает на особенности и взаимосвязи изученных объектов, на их достоинства, ограничения, историю и перспективы развития и особенности для разных объектов усвоения.
Отлично	«Знает», «умеет» на системном уровне. Знает изученный элемент содержания системно, произвольно и доказательно воспроизводит свои знания устно, письменно или в демонстрируемых действиях, учитывая и указывая связи и зависимости между этим элементом и другими элементами содержания учебной дисциплины, его значимость в содержании учебной дисциплины

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6.

1. Нистагм, возникающий или изменяющийся при определенном положении головы, называется:

- 1.Оптокинетическим.
- 2.Пневматическим.
- 3.Позиционным.
- 4.Установочным.
- 5.Калорическим.

Ответ: 3

2. Непроизвольные ритмические (двуфазные) движения глазных яблок называются:

- 1.Маятникообразными движениями глазных яблок.
- 2.Прослеживающими движениями глазных яблок.
- 3.Нистагмом.
- 4.Плавающими движениями глазных яблок.

Ответ: 3

3. Тошнота, рвота, изменение гемодинамики, повышенная саливация это:

- 1.Проявление вестибуло-соматической реакции.
- 2.Проявление вестибуло-вегетативной реакции.
- 3.Проявление вестибуло-сенсорной реакции.
- 4.Признаки гипертонического криза.
- 5.Признаки повышения внутричерепного давления.

Ответ: 2.

4. В саккулозе и утрикулозе располагается:

- 1.Купулярный аппарат.
- 2.Спиральная связка.
- 3.Кортиев орган.
- 4.Отолитовый аппарат.
- 5.Сосудистая полоска.

Ответ: 4.

5. При крайнем отведении глазных яблок возникает нистагм, который называют:

- 1.Позиционным.
- 2.Установочным.
- 3.Пневматическим.
- 4.Оптокинетическим.
- 5.Поствращательным.

Ответ: 2

6. Закон Эвальда гласит:

1. В горизонтальном полукружном канале движение эндолимфы к ампуле является наиболее сильной реакцией лабиринта (вызывает раздражение).
2. В горизонтальном полукружном канале движение эндолимфы от ампулы является наиболее сильной реакцией лабиринта (вызывает раздражение).
3. Движение эндолимфы в полукружных каналах вызывает нистагм.
4. Движение жидкости в вертикальном полукружном канале к ампуле является наиболее сильной реакцией (вызывает раздражение).
5. Движение жидкости в вертикальном полукружном канале от ампулы является наиболее сильной реакцией (вызывает раздражение).

Ответ: 1,3,5

7. Калорическая проба это:

1. Метод исследования отолитового аппарата.
2. Метод исследования купулярного аппарата.
3. Метод исследования купулярного и отолитового аппаратов.
4. Метод исследования целостности барабанной перепонки.
5. Метод исследования функции кохлеарного нерва.

Ответ: 2.

8. При проведении битермального калорического теста возможно определить только следующие показатели нистагменной реакции:

1. Длительность латентного периода, длительность нистагменной реакции.
2. Скорость быстрого компонента, скорость медленного компонента.
3. Качественные характеристики нистагменной реакции.
4. Частоту, амплитуду нистагма.
5. Все перечисленные показатели нистагменной реакции.

Ответ: 5.

9. Под влиянием силы гравитации происходит:

1. Раздражение купулярного аппарата горизонтального полукружного канала.
2. Раздражение купулярного аппарата сагиттального полукружного канала.
3. Раздражение купулярного аппарата фронтального канала.
4. Раздражение отолитового аппарата.
5. Раздражение купулярного и отолитового аппаратов.

Ответ: 4.

10. Реакция, при которой больной с патологией лабиринта, находящийся в позе Ромберга, отклоняется в сторону медленного компонента нистагма, по классификации В.И. Воячека называется:

1. Дисгармоничной.
2. Гармоничной.
3. Закономерной.
4. Типичной.
5. Атипичной.

Ответ: 2.

11. Если имеется фистула костной стенки горизонтального полукружного канала, повышение давления в наружном слуховом проходе вызывает нистагм, который называют:

1. Прессорный.
2. Спонтанный.
3. Калорический.
4. Оптикинетиеский.
5. Установочный.

Ответ: 1.

12. Вестибулосенсорные реакции проявляются в следующих симптомах:

1. Нарушение мышечного тонуса.
2. Головокружение.
3. Нистагм.
4. Тошнота, рвота, изменение гемодинамики.
5. Зрительные нарушения.

Ответ: 2.

13. Методы исследования экспериментальных вестибулярных реакций:

- 1.Калорический тест.
- 2.Вращательный тест.
- 3.Отолитовая проба
- 4.Гальваническая проба.
- 5.Тональная аудиометрия

Ответ:1,2,3,4

14. Оцениваемые вестибулярные реакции при калорическом тесте:

- 1.Отклонение туловища.
2. Побледнение.
3. Тошнота, рвота.
4. Головокружение.
- 5.Нистагм.
6. Все перечисленные показатели

Ответ: 1-5 или 6

15. Куда будет направлен нистагм при проведении калорической пробы с холодной водой в правом ухе:

- 1.Вправо.
- 2.Влево.
- 3.В обе стороны.
- 4.Вверх.
- 5.Нет нистагма.

Ответ: 2.

16. При 2-й степени отолитовой пробы по Воячку соматическая реакция выражается:

- 1.Отсутствием отклонения.
- 2.Отклонением больше 30°
- 3.Отклонением до 5°
- 4.Отклонением на 5-30°

Ответ: 4.

17. Методика исследования ампулярного рецептора:

- 1.Калорический тест.
- 2.Вращательный тест по Барани.
- 3.Отолитовая реакция по Воячку.
- 4.Качели Хилова.
- 5.Непрямая отолиметрия.

Ответ: 1,2

18. Пути формирования вестибуло-соматических реакций лабиринта:

1. tr.vestibulo-longitudinalis.
2. tr.vestibulo-spinalis.
3. tr.vestibulo-cerebellaris.
4. tr.vestibulo-corticalis.
5. tr.vestibulo-reticularis.

Ответ:1,2,3

19.Ионный состав эндолимфы:

1. $K^+ = Na^+$
2. $K^+ > Na^+$
3. $K^+ < Na^+$
4. Ca^+

Ответ: 2.

20. В состав отолитового рецепторного органа входят:

- 1.Cristae (гребешок).
- 2.Cupula (кисточка).
- 3.Macula (пятно).
- 4.Волосковые клетки.
- 5.Отолиты.
- 6.Желеобразная субстанция.

Ответ:3,4,5,6

21. Выпуклость горизонтального полукружного канала в барабанной полости расположена:

1. На верхней стенке.
2. В антруме

3. На медиальной стенке, позади и выше канала лицевого нерва.+
 4. На нижней стенке.
 5. На медиальной стенке, впереди и ниже канала лицевого нерва.
- 22. В сосцевидном отростке различают следующие группы клеток:**
1. Скуловые, угловые, верхушечные, пороговые, перисинуозные, перифациальные, перилабиринтные.+
 2. Перилабиринтные, перифациальные, перисинуозные.
 3. Верхушечные, угловые, перилабиринтные, перифациальные, перисинуозные, паратимпанальные, субпериостальные.
- 23. Остов ушной раковины образован:**
1. мышечной тканью
 2. хрящевой тканью+
 3. соединительной тканью
 4. костной тканью.
- 24. Сколько этажей выделяют барабанной полости:**
1. 2
 2. 3 +
 3. 4
 4. 5
- 25. Над волосками рецепторных клеток Кортиевого органа располагается:**
1. Рейснерова мембрана
 2. Покровная мембрана+
 3. Костная спиральная пластинка
 4. Спиральная связка
- 26. На поперечном разрезе улитковый проток имеет форму:**
1. Треугольную+
 2. Овальную
 3. Округлую
 4. Ромбовидную
 5. Квадратную
- 27. Улитка делает спиралеобразные завитки вокруг:**
1. Преддверия лабиринта
 2. Стержня+
 3. Спиральной пластинки.
 4. Базиллярной мембраны
 5. Улиткового протока
- 28. Исследование звучания камертона С128 с сосцевидного отростка при открытом и закрытом наружном слуховом проходе называется опытом:**
1. Ринне
 2. Швабаха
 3. Бинга+
 4. Желле
 5. Вебера
- 29. Отрицательные опыты Ринне и Желле выявляются:**
1. + при звукопроводящей тугоухости
 2. При звуковоспринимающей тугоухости
 3. При тугоухости смешанной тугоухости
 4. При нормальной слуховой функции
- 30. Верхний этаж барабанной полости называется:**
1. Гипотимпанум
 2. Мезотимпанум
 3. + Эпитимпанум
 4. Антрум
- 31. Эпидермальный слой барабанной перепонки является:**
1. Средним
 2. + Наружным
 3. Внутренним
 4. Краевым
 5. Полостным

- 32. Передняя стенка наружного слухового прохода граничит с:**
1. + суставной сумкой височно-нижнечелюстного сустава
 2. околоушной железой
 3. передней стенкой сосцевидного отростка
 4. дном средней черепной ямки
- 33. Для поражения звукопроводящего аппарата характерны следующие признаки:**
1. + Выраженное повышение порогов слышимости по воздушной проводимости.
 2. + Выраженный разрыв между кривыми порогов слышимости по костной и воздушной проводимости (более 20-25 дБ).
 3. Разрыв между кривыми порогов слышимости по костной и воздушной проводимости отсутствует или не превышает 15 дБ.
 4. Выраженное повышение порогов слышимости по костной проводимости.
 5. Выраженное понижение порогов слышимости по воздушной проводимости
- 34. Передняя стенка барабанной полости граничит со следующим анатомическим образованием:**
1. Входом в пещеру сосцевидного отростка
 2. Выступом основного завитка улитки
 3. Луковицей яремной вены
 4. + Внутренней сонной артерией
- 35. Симптомы поражения звуковоспринимающего аппарата:**
1. + Выраженное повышение порогов слышимости по костной проводимости (более 20 дБ).
 2. Незначительное повышение порогов слышимости по воздушной проводимости (не более 15 дБ).
 3. + Выраженное повышение порогов слышимости по воздушной проводимости (более 20 дБ).
 4. + Разрыв между кривыми порогов слышимости по костной и воздушной проводимости отсутствует или не превышает 10 дБ.
 5. Выраженный разрыв между кривыми порогов слышимости по костной и воздушной проводимости.
- 36. Сила шепотной речи в дБ равняется:**
1. + 25-30 дБ.
 2. 40-45 дБ.
 3. 10-15 дБ.
 4. 45-50 дБ.
- 37. Исследование латерализации звука камертоном С128 по кости называется:**
1. Опыт Ринне.
 2. + Опыт Вебера.
 3. Опыт Швабаха.
 4. Опыт Бинга.
 5. Опыт Желле.
- 38. Костная проводимость исследуется камертоном:**
1. + С128
 2. С2048
 3. С512
 4. С1024
 5. С256
- 39. Нижний этаж барабанной полости называется:**
1. Эпитимпанум.
 2. Мезотимпанум.
 3. + Гипотимпанум.
 4. Субтимпанум.
 5. Гипомезотимпанум.
- 40. Результат камертонального опыта Вебера при одностороннем поражении звукопроводящего аппарата:**
1. Латерализация в сторону здорового уха
 2. + латерализация в сторону больного уха
 3. латерализация кпереди
 4. Латерализация кзади
- 41. Указать функции гортани:**
- a) + Воздухопроводная («дыхательная»).
 - b) + Голосообразовательная.
 - c) + Защитная.

- d) Пищепроводная.
- e) Кроветворная.

42. Для определения подвижности голосовых складок осмотр гортани проводят:

- a) + При спокойном дыхании обследуемого.
- b) + При фонации.
- c) На выдохе.
- d) + При глубоком вдохе.
- e) При задержке дыхания.

43. Осмотр гортани включает:

- a) Заднюю риноскопию.
- b) Фарингоскопию.
- c) + Непрямую ларингоскопию.
- d) + Прямую ларингоскопию.
- e) + Наружный осмотр и пальпацию хрящей гортани.

44. Эластичные хрящи гортани:

- a) + Надгортанный.
- b) + Рожковидные.
- c) Черпаловидные.
- d) + Клиновидные.
- e) Перстневидный.
- f) Щитовидный.

45. Наружные мышцы гортани:

- a) + Грудино-щитовидная.
- b) + Щито-подъязычная.
- c) + Грудино-подъязычная.
- d) Челюстно-подъязычная.
- e) Межчерпаловидная.

46. Имеются парные хрящи гортани:

- a) Надгортанный.
- b) + Черпаловидный.
- c) Щитовидный.
- d) + Клиновидный.

47. Гиалиновые хрящи гортани:

- a) + Щитовидный.
- b) Рожковидный.
- c) + Перстневидный.
- d) Клиновидный.
- e) Надгортанный.
- f) + Черпаловидный.

48. Имеются непарные хрящи гортани:

- a) + Надгортанный.
- b) + Щитовидный.
- c) Рожковидный.
- d) + Перстневидный.
- e) Клиновидный.

49. Напряжение голосовых складок обеспечивается сокращением следующих мышц:

- a) Боковая перстне-черпаловидная.
- b) Косая черпаловидная.
- c) Задняя перстне-черпаловидная.
- d) + Передняя перстне-щитовидная.
- e) + Внутренняя щито-черпаловидная.

50. Основным органом голосового аппарата является:

- a) Носовая полость.
- b) Глотка.
- c) + Гортань.
- d) Бронхи.
- e) -Лёгкие.

51. Хрящи, составляющие скелет гортани:

- a) + 3 парных.
- b) + 3 непарных.
- c) 2 парных.
- d) 1 непарный.
- e) 4 непарных.

52. Скопления лимфоидной ткани в гортани расположены в области:

- a) Грушевидных синусов.
- b) + Черпаловидных хрящей.
- c) + Черпалонадгортанных складок.
- d) Валлекул.
- e) Подскладковых пространств.
- f) + Гортанных желудочков.

53. Многослойный плоский эпителий выстилает слизистую оболочку гортани в области:

- a) + Голосовых складок.
- b) + Межчерпаловидного пространства.
- c) Гортанной поверхности надгортанника.
- d) + Язычной поверхности надгортанника.
- e) Всех перечисленных образований.

54. Расположение голосовых связок при вдохе:

- a) Разомкнутое (голосовая щель в виде треугольника с прямым углом).
- b) Сомкнутое (голосовая щель отсутствует).
- c) Разомкнутое (голосовая щель в виде треугольника с тупым углом).
- d) + Разомкнутое (голосовая щель в виде треугольника с острым углом).
- e) Не изменяется по сравнению со вдохом.

55. Мышца, замыкающая в гортани передние 2/3 голосовой щели:

- a) + Боковая перстне-черпаловидная мышца.
- b) Поперечная черпаловидная мышца.
- c) Косая черпаловидная мышца.

56. Верхняя рефлексогенная зона гортани:

- a) Передняя поверхность черпаловидного хряща.
- b) Подскладочное пространство.
- c) + Гортанная поверхность надгортанника.
- d) + Слизистая оболочка черпало-надгортанных складок.
- e) Слизистая оболочка трахеи.

57. Мышцы, которые суживают голосовую щель (смыкают голосовые связки):

- a) + Боковая перстне-черпаловидная.
- b) + Косая межчерпаловидная.
- c) Задняя перстне-черпаловидная.
- d) + Поперечная межчерпаловидная.
- e) Перстне-щитовидная.

58. Верхние резонаторы гортани:

- a) + Полость рта.
- b) Лёгкие.

- c) + Полость носа.
- d) + Придаточные пазухи носа.
- e) Трахея.

59. От верхней щитовидной артерии отходят:

- a) + Верхняя гортанная артерия.
- b) + Средняя гортанная артерия.
- c) Нижняя гортанная артерия.

60. Чувствительная иннервация гортани преимущественно осуществляется за счёт:

- a) Нижнего гортанного нерва.
- b) + Верхнего гортанного нерва.
- c) Тройничного нерва.
- d) Блуждающего нерва.

61. Выделяют следующие парные хрящи гортани:

- a) Щитовидный.
- b) + Черпаловидный.
- c) Перстневидный.
- d) + Рожковидный.
- e) Надгортанный.
- f) + Клиновидный.

62. Верхний этаж гортани соответствует:

- a) + Вестибулярному отделу.
- b) Уровню голосовой щели.
- c) Подсвязочному пространству.
- d) Гор ганоглотке.

63. Аксоны обонятельных клеток заканчиваются в:

- a) Области извины морского коня.
- b) Аммониевом роге.
- c) + Обонятельной луковице.
- d) Коре височной доли

64. Две нижние трети полости носа выстилает эпителий:

- a) Обонятельный.
- b) Многослойный плоский неороговевающий.
- c) + Многорядный цилиндрический мерцательный.

65. В средний носовой ход открывается:

- a) клиновидная пазуха
- b) + Верхнечелюстная пазуха,
- c) + лобная пазуха,
- d) + передние и средние клетки решётчатого лабиринта.
- e) Задние клетки решётчатого лабиринта.
- f) Носо-слезный канал.

66. Нижний носовой ход расположен:

- a) + Между нижней носовой раковиной и дном полости носа.
- b) Между нижней и средней носовыми раковинами.
- c) Между нижней носовой раковиной и перегородкой носа.
- d) Между перегородкой носа и средней носовой раковиной

67. Две боковые поверхности носа, соединяясь по средней линии, образуют:

- a) Кончик носа.
- b) Носовые отверстия.
- c) + Спинку носа.
- d) Корень носа.

е) Крылья носа.

68. Носовая перегородка в задних отделах образована:

- a) Четырёхугольным хрящом.
- b) + Сошником.
- c) Нёбным отростком верхней челюсти.
- d) Вертикальной пластинкой нёбной кости.
- e) Горизонтальной пластинкой нёбной кости.
- f) + Перпендикулярной пластинкой решётчатой кости.

69. Венозная кровь из носа оттекает в систему:

- a) + Лицевой вены.
- b) + Верхне-глазничной вены.
- c) Сигмовидного синуса.
- d) + Глоточного и крыловидного сплетений.
- e) + Яремной вены.

70. Общий носовой ход это:

- a) + Пространство между медиальной поверхностью носовых раковин и носовой перегородкой.
- b) Пространство между средней, верхней носовыми раковинами и медиальной стенкой полости носа.
- c) Пространство между нижней, средней носовыми раковинами и латеральной стенкой полости носа.
- d) Пространство между задней стенкой глотки и хоанами.
- e) Пространство между верхней носовой раковиной и верхней стенкой носа.

71. Носовые раковины располагаются на:

- a) + Наружной стенке полости носа.
- b) Нижней стенке полости носа.
- c) Верхней стенке полости носа.
- d) Внутренней стенке полости носа.

72. Средняя и верхняя носовые раковины анатомически являются отростками:

- a) Лобной и решётчатой костей.
- b) + Решётчатой кости.
- c) Клиновидной кости.
- d) Нёбной кости.
- e) Кости верхней челюсти.

73. Ведущие дополнительные методы диагностики патологии придаточных пазух носа:

- a) Лабораторный.
- b) + Рентгенологический.
- c) Диафаноскопия.
- d) Эндоскопический.
- e) +Компьютерная томография.

74. Выводное отверстие клиновидной пазухи сообщается с:

- a) Общим носовым ходом.
- b) Средним носовым ходом.
- c) Нижним носовым ходом.
- d) + Верхним носовым ходом.
- e) Носоглоткой.

75. От глазницы решётчатый лабиринт отделяется:

- a) Глазничной пластинкой.
- b) + Бумажной пластинкой.
- c) Верхней стенкой полости носа.
- d) Нижней стенкой глазницы.
- e) Верхней стенкой глазницы.

76. Средний носовой ход - это пространство между:

- a) Средней носовой раковиной и носовой перегородкой.
- b) + Нижней носовой раковиной и средней носовой раковиной.
- c) Средней носовой раковиной и верхней носовой раковиной.
- d) Нижней носовой раковиной и носовой перегородкой.
- e) носовой перегородкой и средней носовой раковиной

77. Дно носовой полости образовано:

- a) + Горизонтальным отростком верхней челюсти.
- b) Лобным отростком верхней челюсти.
- c) + Горизонтальной пластинкой небной кости.
- d) Сошником.
- e) Вертикальной пластинкой небной кости.

78. Основная пазуха расположена в:

- a) Пирамиде височной кости.
- b) Верхнечелюстной пазухе.
- c) Сосцевидном отростке.
- d) + Теле клиновидной кости.
- e) Решётчатой кости.

79. Носовая перегородка в переднем отделе представлена:

- a) Носовым гребнем небного отростка верхней челюсти.
- b) Перпендикулярной пластинкой решётчатой кости.
- c) Сошником.
- d) + Четырёхугольным хрящом.
- e) Хрящами крыльев носа.

80. Верхний носовой ход это:

- a) Пространство между верхней носовой раковиной и перегородкой носа.
- b) Пространство между верхней носовой раковиной, перегородкой носа и средней носовой раковиной.
- c) + Пространство между верхней носовой раковиной и средней носовой раковиной.
- d) Пространство между верхней носовой раковиной и сводом носа.

81. Лобная пазуха сообщается с:

- a) + Средним носовым ходом.
- b) Верхним носовым ходом.
- c) Сводом полости носа.
- d) Общим носовым ходом.
- e) Нижним носовым ходом.

82. Пункцию верхнечелюстной пазухи производят через:

- a) Средний носовой ход.
- b) + Нижний носовой ход.
- c) Верхний носовой ход.
- d) Общий носовой ход

83. Ведущую роль в возникновении патологического процесса в верхнечелюстной пазухе играют:

- a) Активность местной микрофлоры.
- b) + Реактивность организма.
- c) + Состояние выводного отверстия пазухи.
- d) Банальная вирусная инфекция.
- e) Случай острого гайморита в прошлом.

84. К верхним дыхательным путям относятся:

- a) + Гортань.
- b) Трахея.

- c) Бронхи.
- d) + Нос.
- e) Глотка.
- f) + Придаточные пазухи носа.
- g) Лёгкие.

85. Эпителий, покрывающий слизистую оболочку дыхательной области носа

- a) Многослойный плоский.
- b) Цилиндрический.
- c) Многорядный плоский.
- d) + Цилиндрический многорядный мерцательный.
- e) Кубический.
- f) Обонятельный.

86. Перечислите носовые раковины:

- a) + Верхняя, средняя и нижняя.
- b) Передняя, средняя и задняя.
- c) Передняя и нижняя.
- d) Латеральная и медиальная.
- e) Латеральная, медиальная и средняя.

87. Развитию хронического атрофического ринита больше всего способствует следующая профессиональная вредность:

- a) Сырость.
- b) Сквозняки.
- c) + Пыль.

88. При кровоточащих полипах носа применяется следующее лечение:

- a) Лучевая терапия.
- b) Удаление полипа с ножкой и подлежащей слизистой оболочкой простой петлёй.
- c) + Удаление полипа с ножкой и подлежащей слизистой оболочкой гальвано-каустической петлёй.
- d) + Удаление полипа с ножкой и подлежащей слизистой оболочкой хирургической диатермией или радионожом.

89. Для диагностики аллергической ринопатии решающее значение имеют следующие данные:

- a) Риноскопическая картина.
- b) Эффективность десенсибилизирующей терапии.
- c) + Наличие эозинофилов (в крови и в носовой слизи).

90. Возникновению острого синусита чаще всего способствуют:

- a) + Острые риниты и обострения хронических ринитов.
- b) Искривление носовой перегородки.
- c) Инородные тела и опухоли.

91. Для профилактики острых синуситов самыми эффективными являются следующие мероприятия:

- a) + Закаливание организма регулярными холодными обтираниями, длительным пребыванием на свежем воздухе и активным участием в спортивных мероприятиях.
- b) Высококалорийное питание и соблюдение нормального режима труда и отдыха.
- c) Соблюдение правил личной гигиены в быту и на производстве

92. Хронический гипертрофический ринит это:

- a) -Доброкачественный неопластический процесс в области носовых раковин,
- b) + Хронический воспалительный процесс слизистой оболочки полости носа, который сопровождается её гиперплазией, чаще всего в области нижних носовых раковин.
- c) Паретическое состояние сосудов носа с увеличением объёма носовых раковин.

93. Аллергический насморк наиболее часто вызывают следующие аллергены:

- a) + Находящиеся в промышленной и комнатной пыли, в пыльце растений и в пахучих химических веществах.
- b) Находящиеся в пищевых продуктах.
- c) Бактериальные.

94. Викарные носовые кровотечения возникают:

- a) При гипертонической болезни.
- b) + При аменореях и других нарушениях овариально-менструального цикла.
- c) При заболеваниях крови.

95. Придаточные пазухи носа в порядке частоты их воспаления распределяются следующим образом:

- a) Лобная, верхнечелюстная, решётчатый лабиринт, клиновидная.
- b) Решётчатый лабиринт, лобная, клиновидная, верхнечелюстная.
- c) + Верхнечелюстная, решётчатый лабиринт, лобная, клиновидная.

96. Для хронического синусита наиболее типичен следующий комплекс жалоб:

- a) Головная боль, повышение температуры и затруднение носового дыхания.
- b) Затруднение носового дыхания и нарушение обоняния.
- c) + Затруднение носового дыхания, насморк, головная боль или тяжесть в области лица, иногда нарушение обоняния и повышение температуры.

97. В придаточных пазухах носа при их воспалении наиболее часто встречаются следующие виды микробов:

- a) Туберкулёзная, синегнойная и кишечная палочки.
- b) + Стафилококки, стрептококки и пневмококки.
- c) Менингококк, гонококк.

98. Возникновению вазомоторной ринопатии способствуют следующие причины:

- a) Пыль.
- b) + Длительное охлаждение конечностей, вегетативная дистония, искривление носовой перегородки, полипы носа, частые острые риниты и катары верхних дыхательных путей.
- c) Аллергены.

99. Хирургическое лечение хронических синуситов применяется в следующих случаях:

- a) Всегда.
- b) + При наличии стойкого отёка слизистой оболочки в пазухах и наличии полипов в полости носа.
- c) + При отсутствии эффекта от консервативных методов лечения.
- d) Никогда.

100. Со стороны внутренних органов встречаются следующие осложнения синуситов:

- a) + Бронхиты, пневмонии, бронхиальная астма, гастриты.
- b) Холециститы и гепатиты.
- c) Нефриты и ревматизм.

101. При носовых кровотечениях больной должен занимать следующее положение:

- a) Горизонтальное.
- b) С запрокинутой назад головой.
- c) + Полусидячее, сидячее или вертикальное.

102. Различают следующие основные формы хронических ринитов:

- a) Катаральный, серозный, гнойный.
- b) Катаральный, гипертрофический, атрофический, озена.
- c) + Катаральный, гипертрофический, атрофический, вазомоторный.

103. Для диагностики вазомоторной ринопатии решающее значение имеют следующие данные:

- a) Риноскопическая картина.
- b) Характер носовой слизи.

- c) + Характер носового дыхания и положительная адреналовая проба при отсутствии выраженных данных, характерных для аллергической ринопатии.

104. Для диагностики хронических синуситов наиболее приемлем следующий комплекс исследований:

- a) + Анамнез, риноскопическое исследование, пункция гайморовых пазух, зондирование и трепанопункция лобных пазух, рентгенография придаточных пазух носа.
- b) Анамнез, риноскопическое исследование, рентгеноскопия и исследование микробной флоры.
- c) Риноскопическое исследование, пункция гайморовой и лобной пазух, рентгенография придаточных пазух носа.

105. Осложнения синуситов могут быть следующие:

- a) Отосклероз и кохлеарный неврит.
- b) Лабиринтопатии.
- c) + Фарингиты, ангины.
- d) + Огиты.

106. Вазомоторная ринопатия представляет собой:

- a) + Нервно-рефлекторное заболевание с чрезмерной лабильностью нервного аппарата, регулирующего тонус сосудов полости носа.
- b) Хронический васкулит, который локализуется преимущественно в полости носа.
- c) Склеротические изменения сосудов полости носа, которые приводят к дистрофии слизистой оболочки.

107. Развитию атрофического ринита способствуют следующие внешние факторы:

- a) + Некоторые профессиональные вредности (пыль: силикатная, цементная, хлопчатобумажная, табачная), травмы носа, жаркий сухой климат.
- b) Некоторые профессиональные вредности (сырость, сквозняки).
- c) Злоупотребление курением и алкоголем.

108. Умеренное носовое кровотечение может являться лечебным фактором при следующем заболевании:

- a) Гемофилия и геморрагические диатезы.
- b) Грипп.
- c) + Гипертония.

109. Возникновению острых синуситов и обострению хронических синуситов чаще всего способствуют следующие внешние факторы:

- a) + Сырость, сквозняки и резкие колебания температуры.
- b) Повышенная загазованность воздуха.
- c) Промышленная пыль.

110. Встречаются следующие внутриглазничные осложнения синуситов:

- a) Катаракта.
- b) + Периостит орбиты, субпериостальный абсцесс, флегмона орбиты и ретробульбарный абсцесс зрительного нерва.
- c) Глаукома.
- d) флегмона орбиты

111. Наиболее часты следующие причины носовых кровотечений:

- a) + Гипертония, болезни крови и кроветворных органов, грипп, физическое перенапряжение, перегревание организма, заболевания печени.
- b) Гипотония, пороки сердца, запылённость и повышенная влажность.
- c) Работа в запылённых помещениях, переохлаждение, заболевания эндокринных желёз.
- d) Гипертония, болезни крови и кроветворных органов

112. Наиболее эффективными являются следующие меры индивидуальной профилактики заболеваний глотки:

- a) Рациональное питание

- b) разумное сочетание труда и отдыха.
- c) + Закаливание организма и восстановление носового дыхания.
- d) Борьба с вредными привычками.

113. Наиболее достоверными для хронического тонзиллита являются следующие местные признаки:

- a) + Наличие в лакунах патологического содержимого с запахом, рубцовые изменения миндалин и окружающих тканей.
- b) + Гиперемия, спаянность небных миндалин с небными дужками.
- c) Атрофия небных миндалин.
- d) Гипертрофия небных миндалин.

114. Тонзиллэктомия имеет следующие абсолютные противопоказания:

- a) + Заболевания крови.
- b) Холецистит, сахарный диабет,
- c) цирроз печени, язва желудка и 12- перстной кишки.
- d) Пожилой возраст, гипотония, невращения, вегетосудистая дистония

115. Вторичная ангина возникает при следующих заболеваниях крови:

- a) Гемофилия.
- b) + Инфекционный мононуклеоз, агранулоцитоз, панмиелофтиз,
- c) +лейкозы.
- d) Тромбопения, анемия.

116. Для возникновения ангин и хронического тонзиллита наибольшее значение имеет следующий комплекс микробной флоры:

- a) Менингококк, энтерококк, гриппозный вирус.
- b) + Стрептококк, стафилококк, пневмококк.
- c) Стрептококк, менингококк,
- d) вирус Коксаки.

117. Ведущими в возникновении ангин и хронического тонзиллита являются следующие внутренние факторы:

- a) + Анатомические особенности строения небных миндалин, аллергизация и реактивность организма
- b) + Кариозные зубы и затруднение носового дыхания.
- c) Переутомление, отрицательные эмоции, гиповитаминозы.
- d) Заболевания сердца

118. Основным методом лечения аденоидов является:

- a) Медикаментозный.
- b) Физиотерапевтический.
- c) + Хирургический.
- d) санаторно-курортный

119. Хронический тонзиллит часто приходится дифференцировать со следующими заболеваниями:

- a) С катаральной ангиной, вторичной ангиной.
- b) + С хроническим фарингитом
- c) + фарингомикозом, гипертрофией небных миндалин.
- d) С острым фарингитом.

120. Трахеотомию иногда приходится делать при следующих заболеваниях:

- a) + Гортанная ангина.
- b) Фолликулярная ангина.
- c) Лакунарная ангина.
- d) Вирусная ангина

121. Наиболее часто приходится дифференцировать лакунарную ангину и следующие заболевания:

- a) + Дифтерия.
- b) Ангина Симановского-Венсана.
- c) Агранулоцитарная ангина.
- d) Вирусная ангина

122. Для возникновения ангин решающее значение имеет:

- a) + Контакт с заболевшим ангиной.
- b) + Наличие хронического тонзиллита, снижение сопротивляемости организма.
- c) + Местное и общее переохлаждение.
- d) Сотрясение головного мозга.

123. Для диагностики фолликулярной ангины наиболее достоверными являются следующие симптомы:

- a) + Наличие желто-белых точек на поверхности нёбных миндалин.
- b) Увеличение размеров нёбных миндалин.
- c) Наличие грязных налётов на поверхности миндалин.
- d) Головная боль

124. Выделяют следующие формы хронических фарингитов:

- a) Гиперпластические и некротические.
- b) Серозные и гнойные.
- c) Катаральные
- d) + Катаральные, атрофические, гипертрофические.

125. В возникновении фарингитов ведущими являются следующие факторы:

- a) + Резкие колебания влажности и температуры воздуха
- b) + промышленная пыль, пары, сквозняки.
- c) Повышенное выпадение осадков и пониженная инсоляция воздуха.
- d) Низкая влажность воздуха и высокая инсоляция.

126. Наиболее часто приходится дифференцировать агранулоцитарную ангину и следующие заболевания:

- a) Сифилис, туберкулез глотки.
- b) Ангина Симановского-Венсана,
- c) лакунарная ангина, дифтерия.
- d) + Ангины, возникающие при инфекционном мононуклеозе, панмиелофтизе, лейкозах.

127. Для диагностики гортанной ангины наиболее достоверным является следующий метод исследования:

- a) + Ларингоскопия.
- b) Фарингоскопия.
- c) Анализ жалоб больного, характер температурной кривой и результаты исследования крови.
- d) Исследование дыхательной функции

128. Крикотомия это:

- a) Поперечный разрез всех слоев шеи между нижним краем перстневидного хряща и верхним краем первого кольца трахеи.
- b) Поперечный разрез всех слоев шеи на уровне подъязычно-щитовидной связки
- c) Поперечный разрез всех слоев шеи на уровне перстне-щитовидной связки.
- d) Рассечение конической связки

129. При острых ларингитах ведущими являются следующие виды лечения:

- a) Голосовой режим
- b) Паровые и масляные ингаляции, домашний режим.
- c) Антибиотикотерапия.
- d) Физиотерапевтические процедуры (УВЧ и диатермия гортани).

130. В каких случаях производится коникотомия:

- a) В особо экстренных случаях и сложных условиях, когда невозможно произвести
- b) классическую трахеотомию, независимо от возраста больного.
- c) При всех формах стеноза гортани у взрослых.
- d) При всех формах стеноза гортани у детей.
- e) При гортанной ангине

131. Афония это:

- a) Нарушение чистоты, силы и тембра голоса.
- b) Полное отсутствие голоса.
- c) Нарушение глотания.
- d) Охриплость голоса

132. В развитии хондро-перихондрита гортани основными этиологическими моментами являются:

- a) Травма, инородные тела гортани, длительная высокая интубация, злокачественные опухоли, острые инфекции, туберкулез, сифилис, лучевая терапия.
- b) Вульгарные ларингиты, склерома гортани, хронические пневмонии, почечная недостаточность.
- c) Инородные тела бронхов и пищевода
- d) Застойные явления в гортани при дыхательной и сердечной недостаточности.

133. Гортанная ангина это:

- a) Диффузное воспаление всех отделов гортани.
- b) Воспаление рыхлой клетчатки и лимфаденоидной ткани, заложенной в области черпало-надгортанной складки, надгортанника, ложных голосовых связок и морганиевых желудочков.
- c) Воспаление и изъязвление какого-либо одного отдела гортани.
- d) Воспаление надгортанника

134. При вульгарных ларингитах нарушаются следующие функции:

- a) Дыхательная.
- b) Голосовая.
- c) Дыхательная и голосовая
- d) Защитная

135. При истинном крупе голос обычно:

- a) Хриплый.
- b) Чистый.
- c) Вначале хриплый, а затем развивается полная афония
- d) Не изменяется

136. Для флегмонозного ларингита характерен следующий комплекс общих симптомов:

- a) Боли при глотании, афония, высокая температура без ознобов, вынужденное горизонтальное положение больного, сдвиг гемограммы влево
- b) Тяжелое общее состояние больного, высокая температура, умеренные боли в горле при глотании, охриплость голоса, затрудненный выдох.
- c) Тяжелое общее состояние больного, высокая температура, часто с ознобами, выраженные боли в горле при глотании, охриплость голоса, затрудненное дыхание и сдвиг гемограммы влево.
- d) Тяжелое общее состояние больного, высокая температура, афония

137. Стеноз гортани нередко приходится дифференцировать со следующими заболеваниями:

- a) С бронхиальной астмой, стенозом трахеи, дыхательной недостаточностью легочного происхождения.
- b) Со стенозом трахеи, дыхательной недостаточностью легочного происхождения.
- c) С поражением дыхательного центра головного мозга.
- d) С острой сердечно-сосудистой недостаточностью.

138. Подсвязочный ларингит чаще наблюдается:

- a) В среднем возрасте.
- b) В детском возрасте.

- c) В пожилом возрасте.
- d) В любом возрасте

139. При нижней трахеотомии перешеек щитовидной железы смещается:

- a) Кверху.
- b) Книзу.
- c) Никуда (перешеек пересекается).

140. При гортанной ангине нарушаются следующие функции:

- a) Одна дыхательная.
- b) Одна голосовая.
- c) Дыхательная и голосовая.
- d) Защитная и дыхательная

141. Характер трахеотомии (верхняя, средняя, нижняя) определяется:

- a) Характером смещения перешейка щитовидной железы.
- b) Уровнем разреза передней стенки трахеи.
- c) Уровнем разреза мягких тканей шеи.
- d) Уровнем пересекаемых хрящей трахеи

142. При верхней трахеотомии перешеек щитовидной железы смещается:

- a) Кверху.
- b) Книзу.
- c) Никуда (перешеек пересекается).

143. Флегмона в гортани возникает при следующих заболеваниях:

- a) Склероме и доброкачественных опухолях гортани.
- b) Острых вульгарных ларингитах.
- c) При острых инфекционных заболеваниях и инфекционных гранулемах
- d) Травмах и злокачественных опухолях.

143. При продувании слуховых труб у больных хроническим катаральным средним отитом функция слуха:

- a) + Улучшается.
- b) Ухудшается.
- c) Не меняется.

144. Вопрос: Продолжительность течения неосложненного острого гнойного среднего отита

Ответ: 2-3 недели

145. Вопрос: При остром гнойном среднем отите преимущественно поражается _____

Ответ: барабанная полость

146. Вопрос: При разрушении гнойным воспалительным процессом крыши антрума и аттика отогенное внутричерепное осложнение развивается в области _____.

Ответ: средней черепной ямки

147. Вопрос: При разрушении воспалительным процессом внутренней поверхности сосцевидного отростка отогенное внутричерепное осложнение развивается в области _____ черепной ямки.

Ответ: задней

148. Вопрос: Серная пробка обычно удаляется _____

Ответ: промыванием

149. Вопрос: Нарушение слуха при острых средних отитах носит характер поражения аппарата

Ответ: звукопроводения

150. Вопрос: Основным методом лечения при хронических мезотимпанитах является _____

Ответ: консервативный

151. Вопрос: К развитию ограниченного лабиринтита приводит хронический гнойный эптитимпанит, осложненный _____

Ответ: холестеатомой

152. Вопрос: Нарушение слуха при лабиринтитах носит характер поражения аппарата _____

Ответ: звуковосприятия

153. Вопрос: Лечение неосложненного острого гнойного среднего отита проводят преимущественно _____

Ответ: консервативно

154. Вопрос: Острый диффузный наружный отит чаще всего приходится дифференцировать с острым отитом, фурункулом наружного слухового прохода, экземой, _____

Ответ: отомикозом

155. Вопрос: Объективный симптом, патогномоничный для ограниченного лабиринтита, называется _____

Ответ: фистульным

156. Вопрос: При мастоидите нарушение слуха носит характер нарушения _____

Ответ: звукопроводения

157. Вопрос: При хроническом гнойном мезотимпаните перфорация обычно _____

Ответ: ободковая

158. Вопрос: Операция, которая проводится при хронических гнойных эптитимпанитах, называется _____

Ответ: радикальной

159. Вопрос: Заболевание наружного слухового прохода, обусловленное грибковым поражением, называется _____

Ответ: отомикоз

160. Вопрос: При хроническом гнойном эптитимпаните перфорация носит характер _____.

Ответ: краевой

161. Вопрос: Парацентез барабанной перепонки обычно проводится в _____

Ответ: задне-нижнем квадранте

162. Вопрос: Основной метод лечения мастоидита _____

Ответ: хирургический

163. Вопрос: Операция, которая производится при мастоидите, называется _____

Ответ: антромастотомия

164. Вопрос: При перихондрите ушной раковины в основном поражается _____

Ответ: надхрящница

165. Вопрос: Хирургическое вмешательство на среднем ухе по реконструкции звукопроводения называется _____

Ответ: тимпанопластикой

166. Вопрос: Тугоухость, обусловленная патологическим состоянием наружного уха, носит характер поражения _____

Ответ: звукопроводения

167. Вопрос: Среди дополнительных методов исследования в диагностике мастоидита наиболее важным является _____

Ответ: рентгенологический

168. Вопрос: Основным методом лечения хронических гнойных эпитимпанитов является _____

Ответ: хирургический

169. Риногенным внутричерепным осложнением является тромбоз:

- 1) кавернозного синуса;+
- 2) верхнего сагиттального синуса;
- 3) сигмовидного синуса;
- 4) верхнего каменистого синуса;
- 5) прямого синуса.

170. Какие основные изменения в спинномозговой жидкости не встречаются при отогенном гнойном менингите:

- 1) высокое давление
- 2) цвет – мутный
- 3) плеоцитоз
- 4) повышенное содержание белка
- 5) пониженное количество белка+

171. Прогноз при отогенном менингите не зависит от:

- 1) от своевременного радикального хирургического вмешательства
- 2) от последующей консервативной терапии
- 3) от патогенности микрофлоры
- 4) от количества белка в ликворе+
- 5) от чувствительности микрофлоры к антибиотикам

172. В течении отогенных абсцессов мозга и мозжечка различают стадии:

- 1) Разрешения
- 2) Начальную+
- 3) Скрытую+
- 4) Явную+
- 5) Терминальную+

173. Общемозговой симптом, который входит в гипертензионный синдром при отогенных абсцессах мозга и мозжечка?

- 1) нестерпимая головная боль
- 2) тахикардия+
- 3) тошнота, рвота
- 4) ригидность затылочных мышц
- 5) симптомы Кернига, Брудзинского

174. Симптом, не характерный для отогенного сепсиса:

- 1) тяжелое общее состояние больного
- 2) нарушение сознания
- 3) потрясающий озноб
- 4) проливные поты
- 5) повышение артериального давления+

174. Для отогенного сепсиса характерны симптомы:

- 1) тяжелое общее состояние больного+
- 2) нарушение сознания+

- 3)потрясающий озноб+
- 4)проливные поты+
- 5)повышение артериального давления
- 6) ригидность затылочных мышц

175. Какой синус поражается при отогенном синустромбозе чаще других:

- 1) пещеристый
- 2)верхний продольный
- 3)кавернозный
- 4) сигмовидный+
- 5) нижний продольный

176. К отогенным внутричерепным осложнениям относится

- 1) лабиринтопатия.
- 2) вестибулопатия.
- 3) отосклероз.
- 4) тромбоз сигмовидного синуса.+

177. Экстрадуральный абсцесс возникает чаще

- 1) при хроническом гнойном мезотимпаните.
- 2) при обострении хронического гнойного эптитимпанита.+
- 3) при остром гнойном среднем отите.
- 4) при наружном среднем отите.

178. Отогенный менингит чаще встречается

- а) при эптитимпаните+
- б) при мезотимпаните
- в) при остром гнойном среднем отит.
- г) евстахеит.
- д) при обострении хронического среднего отит.

179. При отогенном менингите состояние больного:

- 1) средней тяжести
- 2) очень тяжелое+
- 3) удовлетворительное

180. Абсцесс мозга лучше дифференцируется в стадиях:

- 1) начальной
- 2) латентной
- 3) явной+
- 4) терминальной

181. Отогенный абсцесс мозга чаще развивается:

- 1) в височной доле+
- 2) в затылочной доле.
- 3) в теменной.
- 4) в мозжечке.
- 5) затылочно-теменной.

182. Отогенный сепсис чаще развивается

- 1) при абсцессе мозга
- 2) при абсцессе мозжечка
- 3) при абсцессе мозжечка и головного мозга
- 4) при тромбофлебите сигмовидного синуса+

183. Основную роль для постановки диагноза отогенного или риногенного менингита играет:

- 1) отоскопия
- 2) рентгенография сосцевидного отростка
- 3) общий анализ крови

4) спинномозговая пункция+

184. Цвет и давление спинномозговой жидкости при пункции при отогенном, риногенном менингите:

- 1) давление повышено
- 2) давление понижено
- 3) давление нормальное
- 4) цвет бесцветный
- 5) цвет мутный+

185. Что относится к внутриглазничным риногенным осложнениям?

- А) Внутриглазничный абсцесс+
- Б) Флегмона глазницы+
- В) Тромбоз кавернозного синуса
- Г) Ретробульбарный абсцесс+

186. Назовите пути распространения инфекции при риногенных осложнениях.

- А) Контактный+
- Б) Гематогенный+
- В) Лимфогенный+
- Г) Периневральный+
- Д) тубарный

187. Выберите методы остановки носового кровотечения в амбулаторных условиях.

- А) Гидравлическая отсепаровка
- Б) Передняя тампонада+
- В) Задняя тампонада+
- Г) Балонная тампонада+
- Д) Селективная эмболизация сосудов

188. Возможные осложнения инородного тела носа:

- А) Синусит+
- Б) Риолит+
- В) Деструкция внутриносовых структур+
- Г) Экзофтальм

189. Для аллергического отека гортани характерны:

- А) Гиперемия и инфильтрация слизистой оболочки
- Б) Бледная слизистая оболочка+
- В) Наличие слизи и корок в просвете гортани
- Г) Отек слизистой оболочки подскладкового пространства+
- Д) Отек слизистой оболочки надгортанника, черпаловидных хрящей+

190. Выберите, какое лечение показано при флегмонозном ларингите:

- А) Согревающий компресс
- Б) Антибиотики и сульфаниламиды+
- В) Паровые ингаляции
- Г) Дегидротационные и спазмолитические средства+
- Д) Вскрытие флегмоны гортанным ножом+

191. Синдром Градениго характерен для:

- А) мастоидита с вовлечением в процесс верхушки пирамиды височной кости, паралич отводящего нерва, невралгия тройничного нерва+
- Б) мастоидита с вовлечением в процесс верхушки пирамиды височной кости, невралгия тройничного нерва, головокружение, рвота
- В) мастоидита с вовлечением в процесс верхушки пирамиды височной кости, паралич отводящего нерва, невралгия тройничного нерва, головокружение, рвота

192. О каком заболевании можно думать, если у больного, страдающего с детства гнойным течением из уха и понижением слуха, появились жалобы на постоянную головную боль, быструю утомляемость, пониженный аппетит, запоры. При обследовании выявлен эпителимпанит, брадикардия, амнестическая афазия:

- А) Отогенный менингит
- Б) Абсцесс височной доли мозга+
- В) Лабиринтит
- Г) Базальный лептоменингит
- Д) Хронический эпителимпанит

193. Главное первоочередное лечебное мероприятие у больных с отогенными внутричерепными осложнениями:

- А) Срочное вмешательство на височной кости больного уха+
- Б) Массивная антибактериальная терапия
- В) Дегидратация
- Г) Физиотерапия
- Д) Гипосенсибилизирующая терапия

194. Кровотечение из уха является следствием:

- А) Перелома свода черепа
- Б) Поперечного перелома пирамиды височной кости
- В) Травмы наружного слухового прохода или продольного перелома пирамиды височной кости+
- Г) Отогематомы
- Д) Перфорация барабанной перепонки

195. Продольный перелом пирамиды височной кости характеризуется.

- А) Кондуктивной тугоухостью
- Б) Разрывом барабанной перепонки
- В) Параличом лицевого нерва+
- Г) Ликвореей

196. Может ли отогенный арахноидит развиваться после операции на полостях среднего уха

- А) Да+
- Б) Нет

197. Боковое глоточное пространство сообщается с:

- А) передним средостением
- Б) задним средостением и околопищеводным пространством
- В) заглочным пространством
- Г) передним средостением и околопищеводным пространством+

198. В паратонзиллярном пространстве располагаются:

- А) клетчатка+
- Б) внутренняя сонная артерия, внутренняя яремная вена, нервы
- В) внутренняя сонная артерия и внутренняя яремная вена
- Г) внутренняя сонная артерия и нервы

199. Боковое глоточное пространство открывается в:

- А) заднее средостение
- Б) переднее средостение
- В) срединную щель шеи+
- Г) является замкнутым пространством

200. К осложнениям ангина относятся следующие состояния:

- А) паратонзиллит, паратонзиллярный и латерофарингеальный абсцессы, медиастенит, тонзиллогенный сепсис+
- Б) паратонзиллит, паратонзиллярный абсцесс, медиастенит, тонзиллогенный сепсис
- В) паратонзиллит, паратонзиллярный, латерофарингеальный и ретрофарингеальный абсцессы
- Г) паратонзиллярный и латерофарингеальный абсцессы

201. Парафарингеальный абсцесс дифференцируют с:

- А) паратонзиллярным абсцессом
- Б) ангиной Людвига+
- В) ангиной боковых валиков
- Г) заглоточным абсцессом

202. Назовите риногенные внутричерепные осложнения.

- А) Арахноидит+
- Б) Экстадуральный абсцесс+
- В) Субдуральный абсцесс+
- Г) Тромбоз поперечного синуса

203. Перечислите основные симптомы абсцесса мозга.

- А) Головная боль+
- Б) Субфебрильная лихорадка+
- В) Очаговая неврологическая симптоматика+
- Г) Менингеальные знаки

204. К методу лечения разрыва цепи слуховых косточек относится

- 1) вестибулярная реабилитация;
- 2) расширенная радикальная операция на височной кости;
- 3) стапедэктомия со стапедопластикой;
- 4) тимпаноластика 1 типа;
- 5) **тимпаноластика 3 тип.+**

205. К симптому отогематомы относится

- 1) **безболезненная припухлость;+**
- 2) повышение температуры тела;
- 3) постоянная пульсирующая боль;
- 4) системные головокружения;
- 5) снижение слуха.

206. К симптому перелома пирамиды височной кости относится

- 1) **асимметрия лица;+**
- 2) гноеетечение из уха;
- 3) головная боль;
- 4) заложенность уха;
- 5) повышение температуры тела.

207. К симптому повреждения цепи слуховых косточек относится

- 1) нарушение равновесия;
- 2) пульсирующая боль;
- 3) сильное кровотечение из уха;
- 4) системные головокружения;
- 5) **снижение слуха.+**

208. К симптому разрыва барабанной перепонки относится

- 1) нарушение равновесия;
- 2) повышение температуры тела;
- 3) резкая головная боль;
- 4) **снижение слуха;+**
- 5) спонтанный нистагм.

209. Лечение отогематомы состоит из

- 1) назначения антибактериальной терапии;
- 2) **наложения давящей повязки;+**
- 3) **повторных пункций отогематомы;+**
- 4) радикальной операции на височной кости;
- 5) хирургического вскрытия отогематомы.

210. Лечение разрыва барабанной перепонки включает

- 1) радикальную операцию на височной кости;
- 2) **сосудосуживающие капли в нос;+**
- 3) **тимпаноластику 1 типа;+**

4) тимпанопластику 3 типа;

5) тимпанопластику 5 типа.

211. Механической травмой уха называются

1) нарушение анатомической целостности и функций уха;+

2) нарушение анатомической целостности уха;

3) нарушение функций уха;

4) перелом пирамиды височной кости;

5) повреждение тканей наружного уха.

212. Основным методом исследования перелома пирамиды височной кости является

1) вестибулометрия;

2) импедансометрия;

3) камертональное исследование;

4) компьютерная томография головного мозга;+

5) тональная пороговая аудиометрия.

213. Отогематома диагностируется при помощи

1) КТ — височных костей;

2) МРТ – головного мозга;

3) визуального осмотра;+

4) отоскопии;

5) тональной пороговой аудиометрии.

214. Отогематомой называют

1) излияние крови между хрящом и надхрящницей;+

2) образование в области мочки уха;

3) образование в области сосцевидного отростка;

4) скопление гноя между хрящом и надхрящницей;

5) скопление крови в барабанной полости.

215. Повреждение цепи слуховых косточек диагностируется при помощи

1) КТ – височных костей;+

2) импедансометрии;+

3) рентгена височных костей;

4) речевой аудиометрии;

5) тональной надпороговой аудиометрии.

216. При ожогах уха 3-4 степени необходимо

1) вскрытие образовавшихся пузырей;

2) иссечение некротизированных тканей;+

3) проведение КТ-височных костей;

4) проведение МРТ-головного мозга;

5) проведение радикальной операции на височной кости.

217. При острой посттравматической нейросенсорной тугоухости

1) основным методом диагностика является вестибулометрия;

2) основным методом диагностики является МРТ-головного мозга;

3) основным методом диагностики является импедансометрия;

4) происходит снижение слуха с двух сторон;+

5) происходит снижение слуха с одной стороны.+

218. При острой посттравматической нейросенсорной тугоухости

1) возможно снижение слуха как с одной, так и с двух сторон;

2) возможны системные головокружения;

3) для лечения используют метаболические препараты;

4) основной диагностический метод — импедансометрия;+

5) снижение слуха по типу нарушения звукопроводения.

219. При отморожении уха 1-2 степени

1) образуется некроз всех слоев тканей;+

2) образуется некроз кожи;+

3) образуется пузыри;

4) поражается эпидермис на уровне верхних слоев.

220. При отогематоме

1) возможно развитие перихондрита;

2) возможно развитие хронического гнойного среднего отита;+

3) наблюдается безболезненная припухлость ушной раковины;

4) наблюдается излияние крови между хрящом и надхрящницей;

5) необходимо хирургическое вскрытие.+

221. При повреждении барабанной перепонки

1) в качестве лечения назначаются метаболические препараты;+

2) в качестве лечения проводят тимпаноластику 5 типа;+

3) наблюдается снижение слуха по типу нарушения звукопроводения;

4) развивается острый гнойный средний отит.

222. При поперечном переломе пирамиды височной кости диагностируется

1) гематотимпанум;+

2) кондуктивная тугоухость;

3) кровотечение из уха;

4) разрыв барабанной перепонки;

5) смещение верхнезадней костной стенки.

223. При поперечном переломе пирамиды височной кости назначают

1) вестибулярную реабилитацию;+

2) катетеризацию слуховой трубы;

3) пневмомассаж барабанной перепонки;

4) продувание по Политцеру;

5) тимпаноластику в отсроченном периоде.

224. При продольном переломе пирамиды височной кости диагностируется

1) положительный симптом Кернига;

2) разрыв барабанной перепонки в верхнем квадранте;+

3) разрыв барабанной перепонки в нижнем квадранте;

4) снижение слуха по типу нарушения звуковосприятия;

5) тимпанограмма тип С.

225. Наружные ранения глотки – это

1) изолированные травмы;

2) комбинированные травмы;+

3) термические травмы;

4) химические травмы.

226. Наружные ранения гортани и трахеи являются редкостью, т.к. они надежно защищены следующими структурами

1) грудиной;+

2) нижней челюстью;+

3) пищеводом;

4) позвоночником.+

227. Один из частых и характерных признаков проникающего ранения дыхательных путей

1) гематотимпанум;

2) иррадиация боли в ухо;

3) нарушения дыхания и речевой функции;

4) появления эмфиземы мягких тканей.+

228. Ожоги глотки возникают при термических и химических поражениях, в сочетании с ожогами

1) верхних дыхательных путей;+

2) желудка;+

3) нижних дыхательных путей;

4) пищевода.+

229. Ожоги глотки и пищевода у взрослых чаще бывают в результате

1) несчастного случая в быту вследствие ненадлежащего хранения каустических жидкостей;

2) попадания в дыхательные пути горячего воздуха;

3) случайного проглатывания горячей пищи;

4) суицидальных попыток.+

230. Ожоги глотки и пищевода у детей обычно бывают в результате

- 1) несчастного случая в быту вследствие ненадлежащего хранения каустических жидкостей;+
- 2) попадания в дыхательные пути горячего воздуха;
- 3) случайного проглатывания горячей пищи;
- 4) суицидальных попыток.

231. Поражение подъязычного нерва проявляется

- 1) отклонением языка при высовывании в противоположную сторону ранения;
- 2) отклонением языка при высовывании в сторону ранения;+
- 3) параличом гортани;
- 4) парезом гортани.

232. Появление эмфиземы мягких тканей определяют по

- 1) крепитации мягких тканей;+
- 2) нагноению мягких тканей;
- 3) покраснению мягких тканей;
- 4) припуханию мягких тканей.+

233. При глубоких ранениях в области гортаноглотки показаны

- 1) КТ органов шеи;+
- 2) МРТ органов шеи;+
- 3) рентгено-контрастное исследование;+
- 4) фарингоскопическое исследование.

234. При инструментальном исследовании травм и ранений глотки можно увидеть

- 1) следы геморагии;+
- 2) сужение различных отделов глотки;+
- 3) устранить инородное тело;
- 4) участок нарушения целостности слизистой оболочки.+

235. При комбинированных наружных ранениях в первый момент после травмы к наиболее тяжелым симптомам относят

- 1) болевые проявления;+
- 2) контузию;+
- 3) кровотечение;+
- 4) нарушения дыхания и речевой функции;+
- 5) обильное слюноотделение.

236. При нарушении дыхания, для предотвращения попадания крови и пищи в дыхательные пути и для профилактики аспирационной пневмонии, проводят

- 1) противостолбнячную сыворотку;
- 2) противошоковые мероприятия;
- 3) трахеостомию;+
- 4) хирургическую обработку раны.

237. При ранении глотки могут быть повреждены

- 1) верхний отдел блуждающего нерва;+
- 2) глоточное нервное сплетение;+
- 3) нижний отдел блуждающего нерва;
- 4) средний отдел блуждающего нерва.

238. При ранениях носоглотки наиболее важными симптомами выступают

- 1) затруднение носового дыхания;+
- 2) кровотечение;+
- 3) ринорея;
- 4) чихание.

239. При термических и химических ожогах клинически различают

- 1) 2 степени патологических изменений в тканях;
- 2) 3 степени патологических изменений в тканях;+

- 3) 4 степени патологических изменений в тканях;
- 4) 5 степеней патологических изменений в тканях.

240. При термических и химических ожогах клинически различают три степени патологических изменений в тканях

- 1) 1 степень – отек слизистой оболочки;
- 2) 1 степень – эритема-выраженная гиперемия слизистой оболочки;+
- 3) 2 степень – образование пузырей;+
- 4) 2 степень – эритема-выраженная гиперемия слизистой оболочки;
- 5) 3 степень – некроз.+

241. Рентгенологическое исследование при травме глотки позволяет

- 1) выявить и определить положение инородных тел;+
- 2) выявить сужение различных отделов глотки;
- 3) установить положение костных отломков;+
- 4) уточнить границы поврежденной зоны.+

242. Термические ожоги обычно возникают при

- 1) попадании в дыхательные пути горячего воздуха, дыма (на пожаре) или пара;+
- 2) случайном проглатывании горячей пищи, кипятка;+
- 3) случайном проглатывании едкого натрия;
- 4) случайном проглатывании серной кислоты.

243. У детей гортань менее подвержена наружным травмам, потому что

- 1) менее выдается над поверхностью шеи, чем у взрослых;+
- 2) она еще очень подвижна;+
- 3) она малоподвижна;
- 4) содержит податливые хрящевые элементы.+

244. У детей до 12 лет преобладают

- 1) внутренние травматические повреждения гортани;+
- 2) внутренние травматические повреждения трахеи;+
- 3) наружные травматические повреждения гортани;
- 4) наружные травматические повреждения трахеи.

245. У детей переломы перстневидного и щитовидного хрящей

- 1) очень часто встречаются;
- 2) почти не встречается;+
- 3) средне встречаются;
- 4) часто встречаются.

246. Главной причиной смерти детей до 6 лет является

- 1) аспирация инородных тел;+
- 2) разновидность ринита, чаще определяющаяся в старческом возрасте;
- 3) разновидность ринита, чаще определяющаяся у детей;
- 4) разновидность ринита, чаще определяющаяся у мужчин.

247. Диагностика травм и ранений глотки основана на данных

- 1) анамнеза и наружного осмотра;+
- 2) лабораторных исследований;
- 3) пальпации;+
- 4) рентгенологического исследования;+
- 5) фарингоскопического исследования.+

248. Если некротические повреждения ограничены слизистой оболочкой, то возникает

- 1) глубокий спаечно-рубцовый процесс, нарушающий эластичность всей стенки;
- 2) глубокий спаечно-рубцовый процесс, не нарушающий эластичности всей стенки;
- 3) поверхностный спаечно-рубцовый процесс, нарушающий эластичность всей стенки;
- 4) поверхностный спаечно-рубцовый процесс, не нарушающий эластичности всей стенки.+

249. Если присутствует входное и выходное отверстия, ранения называют

- 1) изолированными;
- 2) сквозными;+
- 3) слепыми;
- 4) сочетанными.

250. Если присутствует только входное отверстие, ранения называют

- 1) изолированными;
- 2) сквозными;
- 3) слепыми;+
- 4) сочетанными.

251. Инородные тела верхних дыхательных путей по происхождению разделяют на

- 1) живые;+
- 2) неорганические;+
- 3) органические;+
- 4) фиксированные.

252. Инородные тела дыхательных путей встречаются чаще

- 1) у взрослых;
- 2) у детей до 1 года;
- 3) у детей до 5 лет;+
- 4) у детей старше 5 лет.

253. Иррадиация боли в ухо при травме глотки указывает на

- 1) повреждение боковых стенок носоглотки;+
- 2) повреждение височной кости;
- 3) повреждение наружного слухового прохода;
- 4) повреждение устьев слухов труб.+

254. Исчезновение анатомических ориентиров на шее во время пальпации при тупой травме гортани может указывать на

- 1) гематому;+
- 2) перелом гортани;+
- 3) перелом подъязычной кости;+
- 4) разрыв слизистой оболочки.

255. К внутренним повреждениям гортани и трахеи относятся

- 1) интубационная травма;+
- 2) повреждения, вызванные в результате автомобильных аварий;
- 3) повреждения, вызванные инородными телами;+
- 4) повреждения, которые могут быть вызваны различными вредными воздействиями.+

256. К наружным механическим травмам верхних дыхательных путей относятся

- 1) закрытые травмы;+
- 2) колотые травмы;
- 3) открытые травмы;+
- 4) резаные травмы.

257. К острым наружным травмам верхних дыхательных путей относятся

- 1) закрытые травмы;
- 2) колотые травмы;+
- 3) открытые травмы;
- 4) резаные травмы.+

258. Клиническая картина ожогов глотки и пищевода зависит от

- 1) анатомических особенностей строения глотки и пищевода;
- 2) природы вещества, вызвавшего ожог;+

- 3) распространенности процесса;+
- 4) степени ожога.+

259. Кровохарканье при тупой травме гортани может указывать на

- 1) гематому;
- 2) перелом гортани;
- 3) перелом подъязычной кости;
- 4) разрыв слизистой оболочки.+

260. Кровь, попадая в дыхательные пути, может служить причиной

- 1) аспирационной пневмонии;+
- 2) асфиксии;+
- 3) контузии;
- 4) нарушения речевой функции.

261. На слизистой оболочке губ, полости рта и глотки образуются обширные белые струпы при

- 1) ожоге азотной кислотой;
- 2) ожоге серной кислотой;
- 3) ожоге хлористоводородной кислотами;
- 4) термическом ожоге и ожоге уксусной кислотой.+

262. На слизистой оболочке губ, полости рта и глотки образуются обширные желтые струпы при

- 1) ожоге азотной кислотой;+
- 2) ожоге серной кислотой;
- 3) ожоге хлористоводородной кислотами;
- 4) термическом ожоге и ожоге уксусной кислотой.

263. На слизистой оболочке губ, полости рта и глотки образуются обширные черные, темно-бурые струпы при

- 1) ожоге азотной кислотой;
- 2) ожоге серной кислотой и хлористоводородной кислотами;+
- 3) ожоге уксусной кислотой;
- 4) термическом ожоге.

264. Наиболее частыми первичными симптомами при тупой травме гортани являются

- 1) боль;+
- 2) дисфагия;+
- 3) дисфония;+
- 4) затруднение дыхания;+
- 5) иррадиация боли в ухо.

265. Наружные ранения глотки – это

- 1) изолированные травмы;
- 2) комбинированные травмы;+
- 3) термические травмы;
- 4) химические травмы.

266. Наружные ранения гортани и трахеи являются редкостью, т.к. они надежно защищены следующими структурами

- 1) грудиной;+
- 2) нижней челюстью;+
- 3) пищеводом;
- 4) позвоночником.+

267. Один из частых и характерных признаков проникающего ранения дыхательных путей

- 1) гемотимпанум;
- 2) иррадиация боли в ухо;

- 3) нарушения дыхания и речевой функции;
- 4) появления эмфиземы мягких тканей.+

268. Ожоги глотки возникают при термических и химических поражениях, в сочетании с ожогами

- 1) верхних дыхательных путей;+
- 2) желудка;+
- 3) нижних дыхательных путей;
- 4) пищевода.+

269. Ожоги глотки и пищевода у взрослых чаще бывают в результате

- 1) несчастного случая в быту вследствие ненадлежащего хранения каустических жидкостей;
- 2) попадания в дыхательные пути горячего воздуха;
- 3) случайного проглатывания горячей пищи;
- 4) суицидальных попыток.+

270. Ожоги глотки и пищевода у детей обычно бывают в результате

- 1) несчастного случая в быту вследствие ненадлежащего хранения каустических жидкостей;+
- 2) попадания в дыхательные пути горячего воздуха;
- 3) случайного проглатывания горячей пищи;
- 4) суицидальных попыток.

271. Поражение подъязычного нерва проявляется

- 1) отклонением языка при высовывании в противоположную сторону ранения;
- 2) отклонением языка при высовывании в сторону ранения;+
- 3) параличом гортани;
- 4) парезом гортани.

272. Появление эмфиземы мягких тканей определяют по

- 1) крепитации мягких тканей;+
- 2) нагноению мягких тканей;
- 3) покраснению мягких тканей;
- 4) припуханию мягких тканей.+

273. При глубоких ранениях в области гортаноглотки показаны

- 1) КТ органов шеи;+
- 2) МРТ органов шеи;+
- 3) рентгено-контрастное исследование;+
- 4) фарингоскопическое исследование.

274. При инструментальном исследовании травм и ранений глотки можно увидеть

- 1) следы геморрагии;+
- 2) сужение различных отделов глотки;+
- 3) устранить инородное тело;
- 4) участок нарушения целостности слизистой оболочки.+

275. При комбинированных наружных ранениях в первый момент после травмы к наиболее тяжелым симптомам относят

- 1) болевые проявления;+
- 2) контузию;+
- 3) кровотечение;+
- 4) нарушения дыхания и речевой функции;+
- 5) обильное слюноотделение.

276. При нарушении дыхания, для предотвращения попадания крови и пищи в дыхательные пути и для профилактики аспирационной пневмонии, проводят

- 1) противостолбнячную сыворотку;
- 2) противошоковые мероприятия;

- 3) трахеостомию;+
- 4) хирургическую обработку раны.

277. При ранении глотки могут быть повреждены

- 1) верхний отдел блуждающего нерва;+
- 2) глоточное нервное сплетение;+
- 3) нижний отдел блуждающего нерва;
- 4) средний отдел блуждающего нерва.

278. При ранениях носоглотки наиболее важными симптомами выступают

- 1) затруднение носового дыхания;+
- 2) кровотечение;+
- 3) ринорея;
- 4) чихание.

279. При термических и химических ожогах клинически различают

- 1) 2 степени патологических изменений в тканях;
- 2) 3 степени патологических изменений в тканях;+
- 3) 4 степени патологических изменений в тканях;
- 4) 5 степеней патологических изменений в тканях.

280. При термических и химических ожогах клинически различают три степени патологических изменений в тканях

- 1) 1 степень – отек слизистой оболочки;
- 2) 1 степень – эритема-выраженная гиперемия слизистой оболочки;+
- 3) 2 степень – образование пузырей;+
- 4) 2 степень – эритема-выраженная гиперемия слизистой оболочки;
- 5) 3 степень – некроз.+

281. Заглоточный абсцесс характерен для:

- А) детей до трёх лет
- Б) детей дошкольного возраста
- В) подросткового возраста
- Г) старческого возраста

282. Топографо-анатомические факторы, способствующие возникновению синусита у детей:

- 1) шипы и гребни носовой перегородки, гиперплазия глоточной миндалины;
- 2) первичные иммунодефициты;
- 3) конституционные предпосылки;
- 4) гиперсекреция желез слизистой оболочки носа;
- 5) снижение мукоциллиарного клиренса.

283. При неблагоприятном течении абсцесса заглоточного клетчаточного пространства процесс может распространиться в:

- 1) переднее средостенье;
- 2) превисцеральное клетчаточное пространство шеи;
- 3) заднее средостенье;
- 4) задний отдел бокового окологлоточного клетчаточного пространства;
- 5) околоминдаликовое клетчаточное пространство.

284. Заглоточное клетчаточное пространство содержит:

- 1) восходящие глоточные сосуды;
- 2) внутреннюю сонную артерию;
- 3) единичные лимфатические узлы;
- 4) языко-глоточный нерв;
- 5) верхний шейный симпатический узел.

285. Передний отдел бокового окологлоточного клетчаточного пространства содержит:

- 1) внутреннюю сонную артерию;

- 2) верхнюю гортанную артерию;
- 3) восходящие глоточные сосуды;
- 4) языко-глоточный нерв;
- 5) блуждающий нерв.

286. При неблагоприятном течении абсцесса переднего отдела бокового окологлоточного клетчаточного пространства процесс может распространиться в:

- 1) заднее средостение;
- 2) переднее средостение;
- 3) ретровисцеральное клетчаточное пространство;
- 4) околоминдаликовое клетчаточное пространство;
- 5) крыловидно-нёбную ямку.

287. При неблагоприятном течении абсцесса заднего отдела бокового окологлоточного клетчаточного пространства процесс может распространиться в:

- 1) ретровисцеральное клетчаточное пространство;
- 2) переднее средостение;
- 3) заднее средостение;
- 4) околоминдаликовое клетчаточное пространство;
- 5) крыловидно-нёбную ямку.

288. Регионарный лимфатический узел первого порядка для небных миндалин:

- 1) яремно-лопаточно-подъязычный;
- 2) поднижнечелюстной;
- 3) передний яремный;
- 4) яремно-двубрюшный;
- 5) передний глубокий латеральный

289. Особенности удаления круглых инородных тел из носа у детей:

- 1) крючком – в сторону носоглотки;
- 2) крючком – в сторону преддверия носа;
- 3) пинцетом – в сторону носоглотки;
- 4) пинцетом – в сторону преддверия носа;
- 5) пинцетом или крючком – в сторону носоглотки

290. Острый средний отит в детском возрасте может быть при:

- 1) мононуклеозе, агранулоцитозе;
- 2) кори, скарлатине, гриппе;
- 3) ветряной оспе, бруцеллезе;
- 4) дифтерии;
- 5) туляремии, скарлатине.

291. Острый антрит характерен для:

- 1) детей грудного и первых трех лет жизни;
- 2) детей старше 6 лет;
- 3) взрослых;
- 4) людей пожилого возраста;
- 5) людей старческого возраста.

292. Последовательность манипуляций при вскрытии заглоточного абсцесса:

- 1) обезболивание, вскрытие абсцесса, пункция абсцесса с отсасыванием гноя, наклон головы вниз, расширение краев разреза;
- 2) обезболивание, пункция абсцесса с отсасыванием гноя, наклон головы вниз, вскрытие абсцесса, расширение краев разреза;
- 3) обезболивание, пункция абсцесса с отсасыванием гноя, вскрытие абсцесса, наклон головы вниз, расширение краев разреза;
- 4) обезболивание, вскрытие абсцесса, пункция абсцесса с отсасыванием гноя, расширение краев разреза, наклон головы вниз
- 5) обезболивание, пункция абсцесса с отсасыванием гноя, вскрытие абсцесса

расширение краев разреза, наклон головы вниз.

293. Воспаление из лобной пазухи у детей старшего возраста контактно может перейти на:

- 1) турецкое седло клиновидной кости;
- 2) околоушно-жевательную область;
- 3) среднюю черепную ямку;
- 4) щечную область;
- 5) переднюю черепную ямку.

294. Особенности удаления плоских инородных тел из носа у детей:

- 1) пинцетом – в носоглотку,
- 2) крючком и пинцетом – в сторону носоглотки;
- 3) крючком – в сторону преддверия носа;
- 4) пинцетом – в сторону преддверия носа;
- 5) крючком или пинцетом - в сторону преддверия носа.

295. Наиболее предпочтительным видом трахеотомии при стенозе гортани у детей является:

- 1) нижняя трахеотомия;
- 2) верхняя трахеотомия;
- 3) средняя трахеотомия;
- 4) коникотомия;
- 5) крикотомия

296. У детей раннего возраста в среднем ухе имеется ткань, подвергающаяся в последствии некролизу:

1. эпителий
2. слизистая
3. миксоидная
4. соединительная
5. хрящевая.

297. Укажите форму надгортанника у детей первого года жизни:

1. в виде лепестка цветка;
2. широкий;
3. свернутый в полутрубку;
4. свернутый в трубку.

298. Назовите особенности строения гортани у детей:

1. надгортанник свернут в виде полутрубки, толстые складки;
2. наличие серозно-слизистых желез, рыхлой клетчатки, надгортанник свернут в виде полутрубки;
3. наличие рыхлой клетчатки в подскладочном отделе, узкая щель;
4. толстые истинные и вестибулярные голосовые складки.

299. Отличается ли бронхиальная система ребенка от бронхиальной системы взрослых по числу ветвей и их распределению?

1. отличается соответственно возрасту;
2. частично отличается;
3. не отличается.

300. Укажите основные причины голосовых нарушений у детей и подростков:

1. наличие патологических очагов в органах и системах не входящих в голосовой аппарат, врожденный вывих ключицы;
2. наличие патологических очагов в органах и системах, входящих и не входящих в голосовой аппарат, чрезмерное пение, несоблюдение возрастного диапазона;
3. врожденный вывих бедра, несоблюдение возрастного диапазона;
4. чрезмерно громкое пение, тихое пение.

301. Укажите возраст, когда обычно наступает мутация (смена голоса):

1. ранний школьный возраст (7-11 лет);
2. дошкольный (до 7 лет);
3. старший школьный возраст (12-15 лет);
4. от 5 до 18 лет.

302. Назовите причины изменения голоса во время мутации:

1. выраженные анатомические изменения скелета гортани, особенно щитовидного хряща, особенности дыхания, эндокринной системы;
2. изменения в эндокринной системе, быстрый рост перстневидного хряща;
3. нарушение координации функции наружных и внутренних мышц гортани;
4. отсутствие согласованности между дыханием и фонацией, быстрый рост надгортанника.

303. Пальцевое исследование носоглотки проводят в возрасте:

1. от 0 до 5 лет;
2. от 5 до 15 лет;
3. от 25 лет и старше;
4. во всех возрастных группах.

304. Аденоиды приводят к:

1. нарушению питания и деформации лицевого скелета;
2. нарушению равновесия и умственного развития;
3. деформации лицевого скелета и искривлению перегородки носа;
4. нарушению носового дыхания и деформации лицевого скелета.

305. Перечислите околоносовые пазухи у детей раннего возраста:

1. верхнечелюстные и лобные;
2. клетки решетчатого лабиринта и верхнечелюстная пазуха;
3. клиновидная и лобная.

306. В каком возрасте начинают формироваться лобные и клиновидные пазухи?

1. 1-3 года;
2. 3-4 года;
3. 5-6 лет;
4. 7-8 лет;
5. 10-15 лет.

307. При выполнении отоскопии у новорожденных и грудных детей ушную раковину оттягивают:

1. книзу и кзади;
2. кверху и кзади;
3. кверху и кпереди;
4. книзу и кпереди.

308. У кого чаще встречается ангиофиброма носоглотки?

1. у мальчиков
2. у девочек;
3. у мужчин;
4. у женщин;
5. у лиц пожилого возраста.

309. Фиброма носоглотки чаще встречается у юношей в возрасте:

1. 6-8 лет;
2. 8-10 лет;
3. 10-12 лет;
4. 12-16 лет;
5. 14-17 лет.

310. Основной симптом ангиофибромы носоглотки.

1. ринорея;

2. гнусавость голоса;
3. деформация лицевого скелета;
4. частые ангины;
5. носовое кровотечение

311. Обратное развитие фибромы носоглотки наступает в возрасте:

1. 5-6 лет;
2. 6-8 лет;
3. 8-10 лет;
4. 10-12 лет;
5. старше 15 лет

312. Основной метод лечения злокачественных образований.

1. химиотерапия;
2. рентгенотерапия;
3. радий-изотопное лечение;
4. хирургическое лечение;
5. комбинированное лечение.

313. Злокачественные опухоли уха встречаются:

+ Крайне редко.

Очень часто.

С той же частотой, что и в верхних дыхательных путях.

314. Наиболее ранним симптомом новообразования верхнего отдела гортани является:

- 1) одышка;
- 2) дисфагия;
- 3) дисфония;
- 4) откашливание кровянистой мокроты;
- 5) повышенная саливация.

315. Какие доброкачественные опухоли могут встречаться в носу и придаточных пазухах, кроме

- а) фиброма
- б) ангиома
- в) ангиофиброма
- г) кровоточащий полип
- д) саркома

316. Какая из придаточных пазух носа чаще поражается остеомой

- а) верхнечелюстная
- б) решетчатая
- в) основная
- г) лобная
- д) сигмовидная

317. Каковы клинические особенности остеомы придаточных пазух носа, кроме:

- а) медленный рост
- б) длительное бессимптомное течение
- в) плотная консистенция
- г) отсутствие кровоточивости
- д) болезненность

317. Наиболее эффективной формой профилактики кохлеарных невритов в условиях промышленных предприятий является:

- а) + Максимальное использование спецодежды и защитных средств (противошумы).
- б) + Периодические медосмотры рабочих с исследованием слуховых функций.
- с) + Правильный и тщательный профотбор поступающих на работу.
- д) Рациональное лечение воспалительных заболеваний уха.

318. Отосклероз чаще встречается:

- a) У мужчин.
- b) + У женщин.
- c) В одинаковой степени подвержены оба пола.
- d) У детей.

319. При лечении кохлеарного неврита хирургические методы:

- a) + Применяются.
- b) Не применяются.

320. Лица с болезнью Меньера не должны допускаться:

- a) К работе с химическими веществами.
- b) + К работе, связанной с движущимися механизмами, вождением транспорта.
- c) + К работе, связанной с пребыванием на высоте.
- d) К работе в условиях Крайнего Севера.
- e) К работе, связанной с резкими перепадами температур, сквозняками, повышенной влажностью.

321. Для болезни Меньера в период обострения наиболее характерны следующие объективные признаки:

- a) Потеря сознания с судорогами и непроизвольным моче-испусканием.
- b) Атаксия и рвота.
- c) + Спонтанный нистагм, вынужденное положение больного.
- d) + Бледность кожных покровов, атаксия и рвота.
- e) Головная боль, шаткость походки.

322. При отосклерозе преимущественно нарушается:

- a) Костная проводимость.
- b) Костная и воздушная проводимость в одинаковой степени.
- c) + Воздушная проводимость.

323. Следующие лекарственные вещества вызывают сенсоневральную тушлухость:

- a) + Антибиотики аминогликозидного ряда, препараты хины и мышьяка,
- b) Антибиотики пенициллинового ряда, антихолинэстеразные препараты, витамины группы В.
- c) Сосудосуживающие средства, ганглиоблокаторы и антибиотики тетрациклинового ряда.

324. Болезнь Меньера чаще всего проявляется на фоне следующих заболеваний:

- a) + Гипотония, общая вегето-сосудистая дистония.
- b) + Шейный остеохондроз и климактерический невроз.
- c) Гипертоническая болезнь.
- d) Атеросклероз сосудов головного мозга.

325. Отосклероз чаще начинается:

- a) В пожилом возрасте(50-70 лет).
- b) + В среднем возрасте(30-40).
- c) В молодом возрасте(10-30).
- d) В раннем детском возрасте(0-Ю).

326. В основе развития сенсоневральной тугоухости лежат следующие патологические процессы:

- a) Склеротические процессы в области подножной пластинки стремени.
- b) + Дегенеративные изменения в области первого нейрона слухового анализатора (кортиева орган, спиральный ганглий, ствол слухового нерва).
- c) + Опухолевый рост тканей внутреннего слухового прохода.
- d) Частые обострения хронического мезотимпанита.

327. Чаще и быстрее приводят к развитию кохлеарного неврита следующие виды травм:

- a) + Акутравма.
- b) Баротравма.
- c) Вибротравма.
- d) Сотрясение головного мозга.

328. Наиболее широкое применение в настоящее время нашли следующие хирургические методы лечения отосклероза:

- a) + Различные варианты стапедопластики.
- b) Мобилизация стремени по Розену.
- c) Фенестрация горизонтального полукружного канала.

329. Чаще всего приходится дифференцировать болезнь Меньера со следующими заболеваниями:

- a) Отосклероз.
- b) Неврит слухового нерва.
- c) + Лабиринтит.
- d) + Кистозная невринома 8-го нерва, менингеома и арахноидит мостомозжечкового угла.

330. Подвижность цепи слуховых косточек чрезвычайно важно оценивать при следующем негнойном заболевании уха:

- a) Профессиональный неврит слуховых нервов.
- b) Серная пробка в наружном слуховом проходе.
- c) + Отосклероз.

331. У больных с отосклерозом отмечаются следующие наиболее характерные жалобы:

- a) + Медленное и постепенное понижение слуха, шум в ушах.
- b) + Ухудшение слуха во время беременности.
- c) + Временное улучшение слуха в шумной обстановке.
- d) Быстро развивающееся понижение слуха и шум в ухе.
- e) Приступы головокружения, расстройство равновесия, тошнота, рвота, понижение слуха и шум в ухе.

332. Что не относится к субъективным методам исследования слуха

- A) Шепотная и разговорная речь
- B) Пороговая тональная аудиометрия
- B) Речевая аудиометрия
- Г) Ультразвуковое исследование слуха
- Д) Импедансометрия +

333. При токсических поражениях внутреннего уха слух обычно снижается на

- A) Одно ухо
- B) Оба уха +

334. Сохраняется ли слух при обтурации слухового прохода

- A) Не сохраняется
- B) Сохраняется, но острота слуха снижена более чем на 60 дБ
- B) Сохраняется, но острота слуха снижена более чем на 40 дБ +
- Г) Сохраняется, но острота слуха снижена более чем на 20 дБ

335. Характерен ли неприятный запах гноя при остром среднем отите

- a) Да
- б) Нет +
- в) По-разному

336. Воспаление среднего уха может быть следствием

- A) Острого ринита
- B) Острого синусита
- B) Аденоидита
- Г) Острого тонзиллита
- Д) Всего выше перечисленного +

337. В первом периоде При остром среднем отите латерализация звука при костном звукопроведении наблюдается

- А) В сторону здорового уха
- Б) В сторону больного уха +
- В) Нет латерализации звука

338. Парацентез барабанной перепонки обычно производят в

- А) Переднее-верхнем квадранте
- Б) Переднее-нижнем квадранте
- В) Заднее-нижнем квадранте +
- Г) Задне-верхнем квадранте

339. Из нижеперечисленных симптомов исключите не характерный симптом для хронического гнойного мезотимпанита – периодическое или постоянное гноетечение из уха, перфорация барабанной перепонки, гнойное отделяемое с запахом, слизистогнойное отделяемое без запаха, снижение слуха.

- А) Периодическое или постоянное гноетечение из уха
- Б) Перфорация барабанной перепонки
- В) Гнойное отделяемое с запахом +
- Г) Слизисто-гнойное отделяемое без запаха
- Д) Снижение слуха

340. Успех лечения хронического гнойного мезотимпанита во многом зависит от нормализации носового дыхания

- А) Правильно +
- Б) Неправильно

341. Фистульный симптом, характерный для ограниченного лабиринтита, заключается в том, что спонтанный вестибулярный нистагм появляется при сгущении и разрежении воздуха в наружном слуховом проходе

- А) Правильно +
- Б) Неправильно

342. Нарушение функционирования звуковоспринимающего аппарата соответствует поражению:

- А) Спирального органа +
- Б) Слухового нерва
- В) Ядер слухового пути

343. Рак среднего уха является довольно редким заболеванием:

- А) Правильно +
- Б) Неправильно

344. Щелевидное прободение барабанной перепонки при остром среднем отите локализуется чаще в

- А) Переднее-верхнем квадранте
- Б) Переднее-нижнем квадранте +
- В) Заднее-верхнем квадранте
- Г) Заднее-нижнем квадранте

345. С помощью какого опыта камертонами проводится сравнительная оценка слуховой чувствительности при воздушном и костном звукопроведении

- А) Опыт Ринне +
- Б) Опыт Желле
- В) Опыт Швабаха
- Г) Опыт Вебера

346. Одновременное исследование слуховой чувствительности здорового и больного уха при костном звукопроведении проводится в опыте:

- А) Швабаха
- Б) Вебера +

- В) Ринне
- Г) Федеричи

347. Исследование изменений интенсивности костнопроведенного звука при выслушивании камертона с сосцевидного отростка и проведении последовательно разряжений и сгущений столба воздуха в наружном слуховом проходе выполняется в опыте

- А) Федеричи
- Б) Швабаха
- В) Желле +
- Г) Ринне

348. При исследовании проходимости слуховой трубы выделяют:

- А) Две степени
- Б) Три степени
- В) Пять степеней +
- Г) Семь степеней

349. Характерным симптомом серной пробки является

- А) Боль в ухе
- Б) Головокружение
- В) Внезапный шум в ухе
- Г) Внезапное понижение слуха +

350. Характерной перфорацией барабанной перепонки при хроническом гнойном среднем отите – мезотимпаните является:

- А) Щелевидная
- Б) Ободковая +
- В) Краевая

351. признаками острого гнойного среднего отита во II стадии являются:

- А) Втянутость барабанной перепонки и укорочение светового конуса
- Б) Тусклый цвет и рубцовые изменения барабанной перепонки
- В) Слизисто-гнойные выделения и гиперемия барабанной перепонки +
- Г) Грануляция в просвете наружного слухового прохода

352. Документ, определяющий виды медицинских осмотров:

Выберите один ответ:

- a. Приказ МЗСР РФ № 90
- b. Закон РФ № 323
- c. Приказ Роспотребнадзора № 402
- d. Закон РФ № 3185-1
- e. Приказ МЗСР РФ № 302н

353. Специалист кабинета профпатологии осуществляет:

Выберите один или несколько ответов:

- a. Предварительные (при поступлении на работу) и периодические медицинские осмотры, а также проведение экспертизы профпригодности
- b. Санитарно-просветительскую работу среди прикрепленного населения
- c. Направление больных в отделение профпатологии
- d. Установление заключительного диагноза профессионального заболевания
- e. Учет больных с профессиональными заболеваниями и (или) профессиональными отравлениями

354. Восстановительное лечение больных, ранее пострадавших от острых профессиональных заболеваний, проводится в:

Выберите один ответ:

- a. Специализированных центрах Федерального медико-биологического агентства
- b. Амбулаторно-поликлинической медицинской организации по месту жительства или пребывания
- c. НИИ скорой помощи

- d. Ближайшей медицинской организации, специализирующейся на лечении патологии данного профиля
- e. Центре профпатологии

355. Профпатологический кабинет создается в:

Выберите один ответ:

- a. Центрах профпатологии, проводящих предварительные и периодические медицинские осмотры и проводящих экспертизу связи заболевания с профессией
- b. Реабилитационных центрах Федерального медико-биологического агентства
- c. Медицинской организации, имеющей лицензию на оказание медицинской помощи, включая работы и услуги по специальностям "экспертиза профпригодности" и "медицинские осмотры (предварительные, периодические)"
- d. Региональных отделений Фонда социального страхования
- e. Учреждениях Роспотребнадзора

356. В каком случае применяется обеспечение по страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний?

Выберите один или несколько ответов:

- a. Травмы в трудоспособном возрасте
- b. Общего заболевания, возникшего в период работы
- c. Любого профессионального заболевания
- d. Профессионального заболевания, если определена степень утраты профессиональной трудоспособности
- e. Общего заболевания, возникшего на производстве

357. Виды обеспечения по страхованию от несчастных случаев на производстве и профессиональных заболеваний:

Выберите один ответ:

- a. Оплата немедикаментозного лечения (массаж, иглотерапия) профессионального заболевания вне санатория
- b. Предоставление средств на бесплатный проезд в городском транспорте
- c. Выплата денежных сумм, эквивалентных пенсии по возрасту, больному, пострадавшему от профессионального заболевания в трудоспособном возрасте
- d. Оплата санаторно-курортного лечения профессионально обусловленного заболевания
- e. Оплата санаторно-курортного лечения профессионального заболевания

358. Функциями бюро МСЭ является:

Выберите один ответ:

- a. Определение степени утраты профессиональной трудоспособности
- b. Обеспечение путевкой в санаторий
- c. Разработка рекомендаций по улучшению бытовых условий
- d. Определение нуждаемости в бесплатном проезде в городском транспорте
- e. Вынесение рекомендаций по тактике медикаментозного лечения профессионального заболевания

359. Для определения степени утраты профессиональной трудоспособности и группы инвалидности необходимо:

Выберите один ответ:

- a. Направление от работодателя или суда
- b. Личный листок по учету кадров
- c. Удостоверение о присвоении квалификационного разряда
- d. Автобиография
- e. Направление на бюро МСЭ от медицинской организации

360. Обязательность проведения предварительных и периодических медицинских осмотров, работающих во вредных и опасных условиях труда, регламентируется:

Выберите один ответ:

- a. Конституцией РФ
- b. Трудовым кодексом РФ
- c. Уголовным кодексом РФ

- d. Распоряжением органов местного самоуправления
- e. Административным кодексом РФ

Перечень дополнительных тестовых заданий

Проверяемые компетенции: **ОПК-2, ПК-3**

1. Укажите определение здоровья, данное в Уставе ВОЗ:
 - a) здоровье - это состояние оптимального функционирования организма, позволяющее ему наилучшим образом выполнять свои видоспецифические социальные функции;
 - b) **здоровье является состоянием полного физического, духовного и социального благополучия, а не только отсутствие болезней и физических дефектов;**
 - c) здоровье - это состояние организма, при котором он функционирует оптимально без признаков заболевания или какого-либо нарушения.
2. Данные о заболеваемости применяются для всех перечисленных целей, кроме одной:
 - a) комплексной оценки общественного здоровья;
 - b) оценки качества и эффективности деятельности учреждений здравоохранения;
 - c) **комплексной оценки демографических показателей;**
 - d) определения потребностей населения в различных видах лечебно-профилактической помощи;
 - e) совершенствования социально-экономических, медицинских мероприятий, направленных на сохранение здоровья населения.
3. В структуре причин смертности в России в настоящее время первое ранговое место занимают:
 - a) злокачественные новообразования;
 - b) **болезни системы кровообращения;**
 - c) инфекционные и паразитарные болезни;
 - d) травмы и отравления;
 - e) болезни органов дыхания
4. Репрезентативность – это
 - a) **способность выборочной совокупности наиболее полно представлять генеральную**
 - b) достаточный объем выборочной совокупности
 - c) достаточный объем генеральной совокупности
 - d) непохожесть выборочной совокупности на генеральную
5. Пособие по временной нетрудоспособности в случае ухода за больным ребенком в возрасте до 7 лет, если его заболевание входит в специальный перечень, выплачивается
 - a) по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - b) не более чем за 45 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - c) не более чем за 60 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;
 - d) **не более чем за 90 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком;**
 - e) не более чем за 30 календарных дней в календарном году по всем случаям ухода за этим ребенком.
6. Субъектами вневедомственного контроля качества медицинской помощи являются...
 - a) органы управления здравоохранением
 - b) **СМО, ТФОМС**
 - c) медицинские учреждения
 - d) зам. главного врача по КЭР
 - e) арбитражный суд.
7. Что из перечисленного не является целью создания территориальной системы контроля качества медицинской помощи
 - a) защита прав пациента в части получения медицинской помощи гарантированного объема и качества

- b) создание рациональной и эффективной системы контроля за использованием финансовых средств здравоохранения
 - c) создание механизма возмещения ущербов здоровью и трудоспособности, возникающих по вине медицинского учреждения
 - d) защита прав пациента в части получения медицинской помощи гарантированного объема и качества; создание рациональной и эффективной системы контроля за использованием финансовых средств здравоохранения; создание механизма возмещения ущербов здоровью и трудоспособности, возникающих по вине медицинского учреждения**
 - e) **формирование действенной системы премирования медицинского персонала**
8. Размер санкций в случае выявления некачественно оказанной медицинской помощи....
- a) определяется в МРОТ
 - b) превышает стоимость медицинской услуги
 - c) не превышает стоимость медицинской услуги**
 - d) устанавливается ЛПУ и органами управления здравоохранения
 - e) определяется страховой медицинской компанией
9. Требование к наличию свидетельства об аккредитации специалиста для осуществления медицинской деятельности утверждается:
- a) федеральным законом «Об образовании в РФ»
 - b) приказом Минтруда России
 - c) Трудовым кодексом РФ
 - d) федеральным законом «Об основах охраны здоровья граждан в РФ»**
10. Основанием для записи в трудовую книжку является
- a) трудовой договор;
 - b) заявление с резолюцией руководителя;**
 - c) приказ по личному составу.

Проверяемая компетенция - УК-2 , ПК-2

1. Выберите определение субъекта
 - a) **носитель поведения**
 - b) предмет приложения поведения
 - c) предмет взаимодействия
 - d) одушевленный объект
 - e) мыслящая сущность
2. Выберите определение объекта
 - a) **предмет приложения поведения субъекта**
 - b) сущность - носитель поведения
 - c) неодушевленный субъект
3. Выберите определение модели
 - a) система для исследования мира научными методами
 - b) совокупность знания о природных объектах, явлениях и процессах
 - c) формы, методы и законы познавательной деятельности
 - d) система, используемая для получения информации о другой системе**
 - e) связь сущностей как целое
4. Технология отличается от науки тем, что технология нацелена на
 - a) поиск новых знаний
 - b) поиск обобщений
 - c) поиск причинно-следственных связей
 - d) решение практических задач**
5. Проект в инженерной деятельности - это

- a) временная система, направленная на создание уникального продукта, услуги или результата
 - b) **целостная совокупность моделей, свойств или характеристик, описанных в форме, пригодной для реализации системы**
 - c) целостная совокупность моделей, направленная на создание уникального продукта, услуги или результата
 - d) временная система, описанная в форме, пригодной для реализации
6. Проект в управленческой деятельности - это
- a) целостная совокупность моделей, свойств или характеристик, описанных в форме, пригодной для реализации системы
 - b) целостная совокупность моделей, направленная на создание уникального продукта, услуги или результата
 - c) **временная система, направленная на создание уникального продукта, услуги или результата**
 - d) временная система, описанная в форме, пригодной для реализации
7. Какой пункт не входит в SMART критерий определения цели
- a) Измеримая (имеющая метрики)
 - b) Интервальная (имеющая начало и конец)
 - c) **Интеллектуальная (поддающаяся осмыслению)**
 - d) Конкретная (однозначно понимаемая)
 - e) Актуальная (необходимая для миссии)
 - f) Достижимая (имеющая ресурсы)
8. Какая цель не входила в проект ЕГИЗ
- a) Электронная медицинская карта
 - b) Принятия врачебных решений
 - c) **Мониторинг болезней**
 - d) Дистанционный мониторинг
9. Кто не входит в рабочую группу от Исполнителя?
- a) Программист
 - b) Куратор проекта
 - c) **Эксперт по технической поддержке**
 - d) Руководитель проекта
10. Кто не входит в рабочую группу от Заказчика?
- a) Руководитель проекта
 - b) Эксперт по предметной области
 - c) **Консультант**
 - d) Куратор проекта
11. Какой этап не входит в фазу Проектирование проекта?
- a) Идентификация целей
 - b) Подготовка технического задания
 - c) Экспертиза отношений
 - d) Проектирование процессов
 - e) **Тестирование процессов**
12. Какой этап не входит в фазы Реализация и Сопровождение проекта?
- a) **Проектирование процессов**
 - b) Тестирование процессов
 - c) Подготовка инструкций
 - d) Обучение пользователей
 - e) Сопровождение
13. Какую цель в проекте ставит ученый?
- a) Поиск паттерна

- b) **Поиск истины**
 - c) Автоматизация производства
14. Какую цель в проекте ставит инноватор?
- a) Поиск истины
 - b) **Поиск паттерна**
 - c) Автоматизация производства
15. Какую цель в проекте ставит предприниматель?
- a) Поиск истины
 - b) **Автоматизация производства**
 - c) Поиск паттерна

Проверяемая компетенция - **ОПК-1, ПК-2** (Способен использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности и соблюдать правила информационной безопасности)

1. Сбор данных - это процедура
- a) создания и очистки данных
 - b) верификации, очистки и изменения данных
 - c) получения и публикации данных
 - d) придания гласности информации
 - e) **поиска и получения доступа к данным**
2. Обработка данных - это процедура
- a) создания и очистки данных
 - b) поиска и получения доступа к данным
 - c) **верификации, очистки и изменения данных**
 - d) получения и публикации данных
 - e) придания гласности информации
3. Публикация данных - это процедура
- a) создания и очистки данных
 - b) поиска и получения доступа к данным
 - c) **придания гласности информации**
 - d) верификации, очистки и изменения информации
4. Выберите определение Информации
- a) логический образ, отражающий общие, существенные моменты явлений
 - b) **сведения, как отражение фактов материального или духовного мира**
 - c) данные в формализованном виде
 - d) зафиксированные на материальном носителе данные
 - e) конкретные явления или сущности
5. Выберите определение Документа
- a) сведения, как отражение фактов материального или духовного мира
 - b) **зафиксированные данные, имеющие юридическую значимость**
 - c) логический образ, отражающий общие, существенные моменты явлений
 - d) информация в формализованном виде
 - e) конкретное явление или сущность
6. Какой элемент не входит в систему устройства компьютера?
- a) устройство вывода
 - b) **база данных**
 - c) внутренняя память
 - d) устройство ввода
 - e) процессор
7. Какой элемент не входит в схему работы компьютерной сети?

- a) клиент
 - b) сервер
 - c) база данных
 - d) **процессор**
8. Какая из приведенных систем не является операционной?
- a) Linux
 - b) Windows
 - c) **Moodle**
 - d) Android
9. Какой документ не проходит через АРМ врача
- a) **Трудовой договор**
 - b) История болезни
 - c) Анализ
 - d) Выписка
10. Чем определяется конфиденциальность данных?
- a) пресечением несанкционированного изменения данных
 - b) **пресечением несанкционированного доступа**
 - c) возможностью дифференцированного предоставления прав доступа
 - d) сбалансированностью защиты информации
11. Чем определяется целостность данных?
- a) **пресечением несанкционированного изменения данных**
 - b) пресечением несанкционированного доступа
 - c) возможностью дифференцированного предоставления прав доступа
 - d) сбалансированностью защиты информации
12. Чем определяется доступность данных?
- a) пресечением несанкционированного изменения данных
 - b) пресечением несанкционированного доступа
 - c) **возможностью дифференцированного предоставления прав к информации**
 - d) сбалансированностью защиты информации
13. Выберите определение понятия Идентификация
- a) **присвоение пользователю уникального имени**
 - b) предоставление доказательств, что вы на самом деле есть тот, под чьим именем заходите
 - c) проверка прав доступа после входа
 - d) изменение прав доступа
 - e) определение возможностей нарушителей безопасности
14. Выберите определение понятия Аутентификация
- a) присвоение пользователю уникального имени
 - b) **предоставление доказательств, что вы на самом деле есть тот, под чьим именем заходите**
 - c) проверка прав доступа после входа
 - d) изменение прав доступа
 - e) определение возможностей нарушителей безопасности
15. Выберите определение понятия Авторизация
- a) присвоение пользователю уникального имени
 - b) предоставление доказательств, что вы на самом деле есть тот, под чьим именем заходите
 - c) **проверка прав доступа после входа**
 - d) изменение прав доступа
 - e) определение возможностей нарушителей безопасности

ЗАДАНИЯ ДЛЯ ОЦЕНКИ ПРАКТИЧЕСКОЙ ПОДГОТОВКИ

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6.

1. Сбор жалоб, анамнеза жизни пациентов:

- непосредственный сбор жалоб и анамнеза у пациента (его законного представителя),
- анализ полученной информации,
- формулирование клинических выводов
- Интерпретация и анализ результатов лабораторного и лучевых обследований;
- Интерпретация и анализ осмотров врачей-специалистов;
- Планирование дальнейшего обследования пациентов на основании анализа информации

2. Комплекс стандартного оториноларингологического обследования:

2.1. ЛОР осмотр:

- владение налобным осветителем,
- риноскопия, задняя риноскопия;
- фарингоскопия;
- ларингоскопия (непрямая и прямая);
- отоскопия;
- пальцевое исследование глотки;
- ольфактометрия;
- исследование функции носового дыхания;

2.2. Основные аудиологические тесты:

- Исследование слуха разговорной и шепотной речью
- Исследование слуха с помощью камертонов
- Проведение аудиометрии
- Проведение тимпанометрии

2.3. Основные вестибулометрические тесты:

- исследование спонтанного нистагма,
- исследование равновесия,
- проведение вращательной пробы,
- проведение отолитовой пробы,
- калорический тест.

3. Комплекс специфического обследования:

- осмотр уха с помощью воронки Зигля,
- осмотр носовой полости с применением жесткого эндоскопа,
- осмотр носовой полости, носоглотки и гортани с применением риноларингофиброскопа,
- продувание слуховых труб по Политцеру,
- катетеризация слуховой трубы с помощью ушного катетера (канюля Гартмана),
- удаление инородного тела уха, удаление инородного тела носа,
- инструментальное удаление инородного тела гортани,
- пункция верхнечелюстной пазухи
- парацентез барабанной перепонки
- микроскопия уха, горла, носа.

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6.

1. Наружный нос. Полость носа: носовые ходы, раковины, носовая перегородка, особенности ее кровоснабжения и иннервации, сообщения с околоносовыми пазухами. Топографические

- взаимоотношения с полостью черепа, рта, глазницами, крылонёбными ямками.
2. Околоносовые пазухи: верхнечелюстные, лобные, основные, решетчатый лабиринт.
 3. Возрастные особенности носа и ОНП.
 4. Строение обонятельного анализатора. Микроструктура обонятельного эпителия.
 5. Физиология носа и околоносовых пазух. Дыхательная функция. Транспортная функция мерцательного эпителия. Полость носа как рефлексогенная зона. Значение для организма нарушения носового дыхания. Обонятельная функция. Понятие о запахе и обонятельной чувствительности. Теории обоняния.
 6. Эндоскопические методы исследования носа и околоносовых пазух.
 7. Исследование дыхательной функции носа.
 8. Глотка, ее отделы. Возрастные особенности. Строение стенок глотки. Развитие и строение миндалин. Лимфаденоидное глоточное кольцо. Паратонзиллярное и парафарингеальное пространства.
 9. Гортань. Возрастные особенности. Парные и непарные хрящи гортани. Мышцы и связки гортани. Васкуляризация и иннервация гортани. Строение слизистой оболочки гортани. Пути оттока лимфы. Региональные лимфатические узлы.
 10. Пищевод. Возрастные особенности. Строение стенки пищевода в верхнем, среднем и нижнем отделах. Кровоснабжение и иннервация. Сужения пищевода, их клинические значения.
 11. Трахея. Бронхиальное дерево. Васкуляризация и иннервация. Пути лимфооттока. Региональные лимфатические узлы.
 12. Физиология глотки. Физиология пищевода. Глотание: три фазы акта глотания. Запирательный механизм. Механизм движения пищи по пищеводу (твердой, жидкой).
 13. Физиология гортани. Дыхательная, защитная, голосообразовательная функции гортани.
 14. Эндоскопические методы исследования глотки. Осмотр кожных покровов передних и боковых отделов шеи, пальпация. Исследование вкусовой чувствительности. Исследование функции глотания и функции мягкого нёба.
 15. Исследование гортани, трахеи и бронхов. Наружный осмотр кожных покровов шеи и грудной клетки. Пальпация, определение пассивной подвижности гортани и симптома «хруста хрящей гортани». Непрямая ларингоскопия. Прямая ларингоскопия.
 16. Ухо. Возрастные особенности уха. Топографическая анатомия, кровоснабжение и иннервация. Среднее ухо. Барабанная полость, ее стенки и содержимое, лабиринтная стенка, ход лицевого нерва, слуховая труба. Сосцевидный отросток. Строение слизистой оболочки среднего уха. Кровоснабжение и иннервация.
 17. Внутреннее ухо. Костный и перепончатый лабиринты. Слуховой анализатор: кортиева (спиральный) орган, спиральный узел, улитковый нерв, ядра, корковый центр.
 18. Вестибулярный анализатор: его рецепторы в мешочках преддверия и ампулах полукружных каналов. Строение отолитового рецептора и ампулярного рецептора.
 19. Повреждения носа.
 20. Инородные тела носа.
 21. Острый ринит: этиология, патогенез, особенности у взрослых и грудных детей, лечение.
 22. Фурункул носа: клиника, методы исследования, осложнения, консервативное и хирургическое лечение, профилактика.
 23. Классификация хронического гайморита, по Б.С. Преображенскому. Лечебная тактика.
 24. Полипоз носа, полипозный этмоидит: диагностика, лечение, профилактика рецидивов.
 25. Полипозный риносинусит: этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение.
 26. Инородные тела глотки.
 27. Гипертрофия нёбных миндалин: классификация, клиника, лечебная тактика.
 28. Аденоиды: методы определения наличия и величины глоточной миндалины, клиника, лечение.
 29. Острый фарингит.
 30. Ангина, причины возникновения, симптомы, течение болезни, лечение, осложнения.
 31. Дифференциальная диагностика ангины
 32. Хронический тонзиллит, причины, течение, влияние на речевую функцию, лечение.
 33. Паратонзиллярный абсцесс. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь
 34. Злокачественные опухоли ротоглотки: клиника, дифференциальная диагностика, лечебная тактика.
 35. Нервно-мышечные нарушения: паралич лицевого, подъязычного нервов, паралич мягкого неба, паралич возвратного нерва (односторонний и двусторонний).
 36. Нарушения фонации при поражении отдельных ветвей возвратного нерва, лечение.
 37. Хронический ларингит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение).
 38. Острый ларингит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение).

39. Физиолечение заболеваний голосового аппарата.
40. Хондроперихондриты гортани. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение.
41. Ларинготрахеиты у детей. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение.
42. Эпиглоттиты. Этиология, клиника, диагностика, неотложная помощь, лечение.
43. Рак гортани. Ранняя симптоматика в зависимости от локализации опухоли, классификация, принципы лечения.
44. Склерома: диагностика, клиника, лечение.
45. Острый стеноз гортани: этиология, патогенез, симптомы, диагноз, лечебная тактика при различных стадиях.
46. Трахеотомия, трахеостомия: показания, техника проведения, уровень наложения стомы, возможные операционные и послеоперационные осложнения.
47. Доброкачественные опухоли гортани: симптомы, лечение.
48. Катар среднего уха, причины, особенности течения болезни, изменение слуха, лечение
49. Острое гнойное воспаление среднего уха (острый гнойный средний отит), причины возникновения, особенности течения заболевания у детей разного возраста, лечение, осложнения после болезни.
50. Хроническое гнойное воспаление среднего уха (хронический гнойный средний отит), причины, особенности течения при первой и второй форме заболевания, лечение, осложнения после болезни.
51. Наружный отит
52. Фурункул уха
53. Отомикоз.
54. Мастоидит.
55. Отосклероз. Патогенез, особенности анамнеза и жалоб. Аудиологическая картина, клиника. Хирургическое лечение
56. Болезнь Меньера. Этиология, патогенез, клиника, диагностика, лечение
57. Методы реабилитации больных со стойким нарушением слуха (стапедэктомия со стапедопластикой, тимпанопластика, слухопротезирование, кохлеарная имплантация).
58. Профессиональные заболевания уха.
59. Хирургическое лечение тугоухости.
60. Общие вопросы организации медицинской помощи населению по профилю «Оториноларингология».
61. Порядки оказания медицинской помощи, клинические рекомендации (протоколы лечения) по вопросам оказания медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа.
62. Стандарты первичной специализированной медико-санитарной помощи, в том числе высокотехнологичной медицинской помощи пациентам при заболеваниях и (или) состояниях уха, горла, носа.
63. Правила заполнения медицинской документации на приеме.
64. Организация стационарной помощи. Анализ качества и эффективности стационарной медицинской помощи. Стационарзамещающие формы медицинской помощи. Редкие стационарзамещающие формы оказания медицинской помощи. Обеспеченность стационарной помощью населения России. Анализ показателей деятельности стационара
65. Уродства и пороки развития уха: дисплазия наружного уха, врожденная ушная фистула. Их значение в общей патологии детского возраста. Инородные тела уха у детей. Распознавание, способы удаления.
66. Острый средний отит у новорожденных и детей грудного возраста. Патогенез, клиника, диагностика, лечение. Антрит явный, латентный, его распознавание и лечение. Осложнения. Показания к антропункции, антротомии. Медикаментозное лечение, неотложная помощь при отоантрите. Рецидивирующий острый средний отит у детей. Патогенез, клиника, осложнения, лечение.
67. Врожденная атрезия хоан (распознавание, методы лечения). Наружные и внутренние мозговые грыжи носа. Травмы носа и околоносовых пазух у детей. Классификация, механизм, принципы оказания неотложной помощи и лечения. Врожденные и приобретенные дефекты и деформации носа. Носовые кровотечения у детей: причины, неотложная помощь, общие и местные способы остановки кровотечения.
68. Хронические риниты у детей. Этиология, патогенез, клиника, принципы лечения и профилактика. Острые и хронические синуситы у детей. Этиология, патогенез, патологическая анатомия, классификация. Принципы диагностики. Острый остеомиелит верхней челюсти у детей. Бронхолегочные осложнения. Патогенез, клинические варианты, принципы лечения. Значение совместной работы оториноларинголога и педиатра в диагностике и лечении этих состояний.

69. Заглочный абсцесс. Этиология, патогенез, клиническая картина с учетом локализации гнойника. Дифференциальная диагностика. Лечение.
70. Гипертрофия лимфаденоидного глоточного кольца. Этиология и патогенез. Аденоидные разрастания. Клиника, диагностика, лечение. Влияние аденоидов на состояние дыхательной, нервной, зубочелюстной системы у детей. Острый и хронический аденоидит. Клиника, диагностика, лечение. Аденоотомия, показания, подготовка, техника операции, осложнения.
71. Врожденные стенозы гортани и трахеи. Врожденный стридор гортани. Патогенез. Клиника, диагностика, лечение. Аномалии развития гортани (кисты, мембраны и др.); диагностика, принципы лечения.
72. Заболеваемость и смертность от злокачественных опухолей различных ЛОР органов; их место в структуре онкологических заболеваний.
73. Предопухолевые заболевания и доброкачественные опухоли ЛОР органов и.
74. Особенности и пути распространения злокачественных опухолей ЛОР органов.
75. Современные методы обследования больных с опухолями ЛОР органов.
76. Методы морфологической верификации диагноза опухолей ЛОР органов.
77. Современные методы лечения больных со злокачественными опухолями ЛОР органов.
78. Хирургический метод лечения опухолей ЛОР органов: основные виды оперативных вмешательств, показания и противопоказания к их использованию .
79. Лучевая терапия опухолей ЛОР органов: виды излучения, механизмы их действия и особенности применения при данных заболеваниях, показания и противопоказания к их использованию.
80. Химиотерапия опухолей ЛОР органов: различные варианты применения, основные лекарственные препараты, показания и противопоказания к их применению
81. Профессиональный отбор лиц, поступающих на работу, связанную с воздействием интенсивного шума, вибрации, токсических веществ, пыли, резких перепадов атмосферного давления, температуры, влажности.
82. Проведение профилактических осмотров организованных групп населения.
83. Профилактический осмотр подростков.
84. Диспансерное наблюдение больных. Принципы. Организация.
85. Оформление документации.
86. Временная нетрудоспособность. Правила выдачи больничных листов
87. Инвалидность при ЛОР заболеваниях. Группы
88. Общие вопросы фониатрии.
89. Хронический ларингит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение).
90. Папилломатоз гортани (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение).
91. Острый ларингит (этиология, патогенез, клиника, диагностика и лечение).
92. Диспансерное наблюдение профессионалов голоса.
93. Экспертиза трудоспособности профессионалов голоса.
94. Методы исследования голосового аппарата
95. Гигиена голоса
96. Проведение динамического наблюдения больных до их полного выздоровления или госпитализации.
97. Проведение диспансерного наблюдения работников предприятия.
98. Влиянием профессиональных вредностей на возникновение и обострение заболеваний верхних дыхательных путей и уха
99. Правилами оформления медицинской документации при выявлении профессионального заболевания
100. Факторы, способствующие возникновению, прогрессированию и обострению невоспалительных заболеваний уха: резкие перепады атмосферного давления, приводящие иногда к кровоизлиянию в барабанную полость и, в редких случаях, к разрыву барабанной перепонки
101. Шум, вибрация и их роль в развитии сенсоневральной тугоухости
102. Взаимодействие оториноларинголога и офтальмолога при экзофтальме. Особенности орбитальных осложнений при различной патологии околоносовых пазух.
103. Дифференциальная диагностика заболеваний органа слуха и вестибулярного анализатора при патологии уха и патологии центральной нервной системы.
104. Патология зубочелюстной системы как причина острых и хронических риносинуситов.
105. Одонтогенные синуситы и кисты верхнечелюстных и лобных пазух.
106. Посттравматические деформации средней зоны лица.

Перечень дополнительных контрольных вопросов (УК-3, УК-4, УК-5, ОПК-3, ПК-1)

1. Дайте определение педагогике как науке. Сформулируйте задачи современной педагогической науки.
2. Покажите связь педагогики с другими науками. Охарактеризуйте структуру педагогической науки.
3. Назовите технологии проблемного обучения в практике педагогической деятельности по медицинским образовательным программам.
4. Назовите технологии активного обучения в педагогической деятельности по медицинским образовательным программам.
5. Перечислите современные дистанционные образовательные технологии.
6. Раскройте принцип учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях.
7. Охарактеризуйте современные траектории непрерывного медицинского образования.
8. Раскройте возможности и проблемы самореализации личности в профессиональной деятельности врача.
9. Перечислите принципы командообразования сотрудников медицинской организации.
10. Назовите методы мотивирования трудовой деятельности сотрудников медицинской организации.

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Проверяемые компетенции: УК-1, ОПК-4, ОПК-5, ОПК-6, ОПК-7, ОПК-8, ОПК-9, ОПК-10, ПК-4, ПК-5, ПК-6.

№ 1.

Больной жалуется на снижение или отсутствие обоняния.

Вопрос: Как выяснить, что причина заболевания респираторная?

Ответ: Произвести переднюю риноскопию. Респираторная гипо- или anosmia возникает в результате имеющихся изменений в полости носа (искривление носовой перегородки, полипы и опухоли носа, отечность слизистой оболочки средней и нижней носовых раковин и т. д.).

№ 2

При случайном отсутствии носового зеркала как можно полноценно произвести переднюю риноскопию у детей?

Ответ: У детей для передней риноскопии можно использовать ушную воронку. Для этого врач левой рукой вводит воронку в преддверие носа, направляет в нее пучок света от лобного рефлектора и осматривает полость носа.

№ 3

Оденьте и подготовьте к работе лобный рефлектор.

Ответ: Рефлектор укрепляют на лбу при помощи лобной повязки: отверстие рефлектора располагают против левого глаза. Рефлектор должен быть удален от исследуемого органа на 25 – 30 см. (фокусное расстояние зеркала).

№ 4

С помощью лобного рефлектора обеспечьте освещение и осмотр исследуемого органа.

Ответ: С помощью рефлектора направляют пучок света на нос обследуемого. Затем закрывают правый глаз, а левым смотрят через отверстие рефлектора и поворачивают его так, чтобы был виден пучок света (зайчик) на носу. Открывают правый глаз и продолжают осмотр двумя глазами. Проверяют, выдержано ли фокусное расстояние рефлектора.

№ 5

При пункции гайморовой пазухи по поводу гнойного гайморита промывная жидкость не поступает через пункционную иглу.

Что нужно предпринять? Какая предварительная процедура не выполнена?

Ответ: Необходимо перед пункцией провести анемизацию среднего носового хода для уменьшения отека слизистой оболочки в области устья пазухи.

№ 6

При адренализации нижнего носового хода ватником соскочила вата и осталась в глубине носового хода.

Как извлечь вату?

Ответ: Предложить больному придавить крыло носа к носовой перегородке на противоположной стороне и с усилием высморкать нос. Если вата не будет выдута струёй воздуха, нужно извлечь ее крючком.

№ 7

Что нужно сделать, если у больного при фарингоскопии появляется рвота при малейшем дотрагивании к языку?

Ответ: Предложить больному явиться на прием натошак или оросить слизистую оболочку глотки 1 – 2% раствором дикаина (или 10% лидокаина).

№ 8

У больного жалобы на системное головокружение и отклонение при ходьбе вправо. При осмотре определяется спонтанный нистагм влево; при указательных пробах руки гармонично отклоняются вправо; в позе Ромберга больной отклоняется вправо, при поворотах головы - направление отклонения меняется; при походке по прямой больной отклоняется вправо; фланговая походка не изменена; адиадохокинез отсутствует.

Определите для патологии какого анализатора характерна вышеуказанная симптоматика?

Ответ: Для вестибулярного анализатора.

№ 9

У больного жалобы на системное головокружение и отклонение при ходьбе влево. При осмотре определяется спонтанный нистагм вправо II степени, мелкоразмашистый. При проведении статокординативных проб: в пробе Фишера-Барре руки гармонично отклоняются влево; в указательных пробах руки гармонично промахиваются влево; в позе Ромберга больной отклоняется влево, при поворотах головы - направление отклонения меняется; походка по прямой линии - отклонение влево; фланговая походка не изменена; адиадохокинез отсутствует.

а). Какое ухо поражено?

б). Какие методы исследования вестибулярного анализатора необходимо провести для уточнения данной патологии?

Ответ: а) левое ухо

б) вестибулологическое исследование с проведением калорических и вращательных тестов; стабилметрия

№ 10

У больного жалобы на системное головокружение и отклонение при ходьбе вправо. При осмотре определяется спонтанный нистагм влево III степени, мелкоразмашистый. При проведении статокординативных проб: в пробе Фишера-Барре руки гармонично отклоняются вправо; в указательных пробах руки гармонично промахиваются вправо; в позе Ромберга больной отклоняется вправо, при поворотах головы - направление отклонения меняется; походка по прямой линии - отклонение вправо; фланговая походка не изменена; адиадохокинез отсутствует.

а) . Какое ухо поражено?

б) . Какие методы исследования вестибулярного анализатора необходимо провести для уточнения данной патологии?

Ответ: а) правое ухо

б) вестибулологическое исследование с проведением калорических и вращательных тестов; стабилметрия

№ 11

У больного жалобы на системное головокружение и отклонение при ходьбе влево. При осмотре у больного определяется правосторонний спонтанный нистагм III степени, мелкоразмашистый. При проведении статокординативных проб: в пробе Барре- Фишера руки гармонично отклоняются влево, в указательных пробах руки промахиваются влево; в позе Ромберга больной отклоняется влево, при поворотах головы - направление отклонения меняется; походка по прямой линии - отклонение влево; фланговая походка не изменена; адиадохокинез отсутствует. При проведении вращательной пробы длительность правостороннего послевращательного нистагма - 45 с, а левостороннего - 30 с. При

холодовой калоризации правого уха - латентный период нистагма 10 с и длительность его 110 с, а левого уха - латентный период нистагма 30 с и его длительность 60 с.

Определите, какой лабиринт (справа или слева) вызывает данную симптоматику, и в каком состоянии (угнетение или раздражение) он находится?

Ответ: правый лабиринт в состоянии раздражения

№ 12

У больного жалобы на системное головокружение и отклонение при ходьбе вправо. При осмотре имеется левосторонний спонтанный нистагм II степени, мелкоамашистый. При проведении статокордационных проб: в пробе Фишера-Барре руки гармонично отклоняются вправо; в указательных пробах руки гармонично промахиваются в правую сторону; в позе Ромберга больной отклоняется вправо, при поворотах головы - направление отклонения меняется; походка по прямой линии - отклонение вправо; фланговая походка не изменена; адиадохокinez отсутствует. При вращательной пробе длительность послевращательного левостороннего нистагма - 45 с, а правостороннего - 30 с. При проведении холодной калоризации левого уха - латентный период нистагма 10 с и длительность его 110 с, а при проведении холодной калоризации правого уха - латентный период нистагма 27 с и его длительность 59 с.

Определите, какой лабиринт (справа или слева) вызывает данную симптоматику, и в каком состоянии (угнетение или раздражение) он находится?

Ответ: левый лабиринт в состоянии раздражения

№ 13

При осмотре у больного определяется левосторонний спонтанный II нистагм степени, мелкоамашистый. При проведении статокордационных проб : в пробе Фишера-Барре руки гармонично отклоняются вправо; в указательных пробах - руки промахиваются вправо; в позе Ромберга больной отклоняется вправо, при поворотах головы - направление падения меняется; походка по прямой линии - отклоняется вправо; фланговая походка не изменена; адиадохокinez отсутствует.

При проведении вращательной пробы длительность послевращательного правостороннего нистагма - 10 с, а левостороннего- 30 с. При проведении холодной калоризации правого уха - латентный период нистагма 40 с и длительность его 30 с, а при проведении холодной калоризации левого уха - латентный период нистагма 25 с и его длительность 60 с.

Определите патология, какого лабиринта (правого или левого), и в каком состоянии (угнетение или раздражение) он находится?

Ответ: правый лабиринт в состоянии угнетения

№ 14

У больного жалобы на системное головокружение, отклонение при ходьбе влево. При осмотре определяется правосторонний спонтанный III нистагм степени, мелкоамашистый. При проведении статокордационных проб: в пробе Фишера-Барре руки гармонично отклоняются влево; в указательных пробах - руки гармонично промахиваются влево; в позе Ромберга больной отклоняется влево, при поворотах головы - направление отклонения не меняется; походка по прямой линии - отклонение влево; фланговая походка не изменена; адиадохокinez отсутствует. При проведении вращательной пробы длительность послевращательного левостороннего нистагма - 10 с, а правостороннего- 30 с. При проведении холодной калоризации левого уха - латентный период нистагма 50 с и длительность его 40 с, а при проведении холодной калоризации правого уха - латентный период нистагма 26 с и его длительность 57 с.

Определите патология какого лабиринта (правого или левого), и в каком состоянии (угнетение или раздражение) он находится?

Ответ: левый лабиринт в состоянии угнетения

№ 15

Опишите методику проведения задней риноскопии. Какие образования видны при задней риноскопии

Ответ: Она производится с помощью шпателя и носоглоточного зеркала. Носоглоточное зеркало подогревают. Шпателем отесняют книзу передние две трети языка. Нагретое носоглоточное зеркало зеркальной поверхностью сверху вводят за небную занавеску, не касаясь языка и задней стенки глотки. Пучок света от лобного рефлектора должен быть направлен на носоглоточное зеркало, отражаясь от которого, он освещает задние отделы полости носа. Картина задней риноскопии обзревается по частям, для чего носоглоточное зеркало необходимо осторожно слегка поворачивать.

Данная методика применяется для осмотра хоан, задних и верхних отделов полости носа, сошника, устьев слуховых труб, задних концов носовых раковин.

№ 16

Больная 38 лет, рентгенотехник по профессии, жалуется на сильную боль в горле, препятствующую глотанию, повышение температуры тела, боли в конечностях, общее недомогание. Заболевание началось остро, два дня назад после переохлаждения. Объективно: общее состояние больной средней тяжести, кожные покровы сухие, серовато-желтоватого оттенка, температура тела 39°C, пульс 88 уд. в мин. Фарингоскопия: слизистая оболочка умеренно гиперемирована, миндалины покрыты грязно-серыми налетами. С диагнозом лакунарная ангина назначена антибиотикотерапия и дан больничный лист на 6 дней.

Задания:

1. Выделите синдром, скомпоновав их из имеющихся симптомов.
2. При каких заболеваниях оно может развиваться (привести классификацию).
3. Какие обследования нужно провести для разграничения этих заболеваний?
4. Согласны ли Вы с действиями оториноларинголога поликлиники?

Ответ:

1. Ангинозный синдром.
2. Острый вторичный тонзиллит (заболевание крови, инфекционные заболевания).
3. Клинический анализ крови с лейкоцитарной формулой, мазки из зева на ВЛ, флору.
4. Необходимо направить больного на стационарное лечение в инфекционную больницу.

№17

Больная 23 доставлена в приемное отделение через 2 часа после того, как выпила около 100 мл уксусной эссенции. Объективно: состояние тяжелое, дыхание шумное, кожные покровы бледные с сероватым оттенком, кончики пальцев рук, носогубный треугольник синюшные.

Задания:

1. Выделите синдром, сформулировав его из имеющихся симптомов.
2. Определите предварительный диагноз.
3. При каких заболеваниях оно может развиваться?
4. Какое обследование нужно провести для разграничения этих заболеваний.
5. Обоснуйте и сформулируйте диагноз
6. Назначьте лечение

Ответ:

1. Дыхательная недостаточность по обструктивному типу. Острый стеноз гортани. Ожоги гортаноглотки, пищевода.
2. Химический ожог глотки, пищевода.
3. При любых видах отравлений токсическими препаратами, аллергические реакции, ожоги термические, щелочами, окислами.
4. Ларингоскопию, эзофагоскопию.
5. На основании анамнеза, клиники - диагноз: Химический ожог гортаноглотки, пищевода желудка. Стеноз гортани III ст.
6. Госпитализация в реанимационное отделение с проведением интенсивной терапии.

№18

Больной Г. обратился к аллергологу с жалобами на приступ удушья, кашель, заложенность носового дыхания, зуд глаз. Связывает заболевание с работой на конюшне. Считает себя больным в течение трех лет. В анамнезе с детства страдает аллергическим ринитом, который беспокоил до подросткового возраста при контакте с животными (кошки, собаки, овцы). Отмечает, что в настоящее время в отпускном периоде состояние значительно улучшилось

Задания:

1. Сформулируйте предварительный диагноз.
2. Какое обследование необходимо провести?
3. Составьте план лечения.
4. План дополнительного обследования.
5. Определите профилактические мероприятия.

Ответ:

1. Диагноз: Атопическая бронхиальная астма, впервые выявленная, легкое персистирующее течение, аллергический ринит.

2. Консультация аллерголога: а) сбор аллергологического анамнеза б) кожное тестирование
3. План лечения: элиминационный режим, базисная терапия ИГКС
4. План дополнительного обследования: ИФА крови на специфические IgE-антитела с бытовыми, эпидермальными аллергенами
5. Профилактика заключается в рациональном трудоустройстве

№ 19

Больной С., 15 лет, госпитализирован скорой медицинской помощью с жалобами на приступ удушья и зуд в области лица и шеи. При осмотре: отмечается отечность лица, более выраженная в области губ, век, правой щеки, слизистой оболочки ротовой полости и языка; на коже лица имеются единичные волдыри и эритематозные высыпания. На правой щеке виден след от укуса пчелы. При попытке проведения ларингоскопии отмечается выраженный отек слизистой оболочки носоглотки и гортани (субкомпенсированный стеноз). ЧД=30 в минуту. ЧСС 98 в мин. АД 110/75 мм рт. ст.

Задания:

1. Поставьте диагноз.
2. Предложите лечение.

Ответ:

1. Ангионевротический отек.
2. При остром ангионевротическом отеке глотки или гортани в качестве средства скорой помощи назначают эпинефрин (что обычно предотвращает развитие обструкции верхних дыхательных путей) и глюкокортикоиды внутрь. Если отек продолжает прогрессировать, больному может потребоваться интубация трахеи. При развитии анафилактического шока применяют ГКС внутривенно, вазопрессоры, инфузионную терапию.

№ 20

У больного 18 лет жалобы на стреляющие боли в левом ухе, снижение слуха. Считает себя больным в течение двух дней. Объективно: АД - норма, AS - в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Мт - гиперемирована. Ш.р. - 1,5 м.

Ваш диагноз?

Ответ: Левосторонний острый средний отит I стадия

№ 21

У больной 30 лет жалобы на сильную боль в правом ухе, снижение слуха. Больна два дня, после переохлаждения. Объективно: АД - в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Мт - гиперемирована, выбухает. Ш.р. - 0,5 м.

Ваш диагноз? Лечение.

Ответ: Правосторонний острый средний отит.

Лечение:

- а) парацетез
- б) сосудосуживающие капли в нос
- в) антибиотикотерапия
- г) гипосенсибилизирующая терапия
- д) катетеризация правой слуховой трубы с введением антибактериальных и кортикостероидных препаратов

№ 22

У больного 50 лет жалобы на гноетечение из левого уха, боль в ухе и в заушной области, снижение слуха. Болен 3 недели. Объективно: AS - в наружном слуховом проходе слизисто-гнойное отделяемое в количестве 3 ватников, без запаха. Мт - гиперемирована, в передне-нижнем квадранте перфорация, «пульсирующий рефлекс», гиперемия и нависание верхнезадней стенки наружного слухового прохода. При пальпации сосцевидного отростка отмечает значительную боль, больше в области верхушки.

Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование?

Ответ: Острый левосторонний гнойный средний отит. Мастоидит слева.

- а) рентгенограмма височных костей в проекции Шюллера, Майера или КТ височных костей
- б) аудиологическое обследование (тональная пороговая аудиометрия, импедансометрия)
- в) клинический анализ крови

Лечение: антромастоидотомия

№ 23

У больной 40 лет жалобы на боль в правом ухе, гноетечение, снижение слуха, боль в заушной области. Заболела 3 дня назад после простуды, появился насморк, выделения из носа, после чего появились боли в правом ухе. AD: Mt - гиперемирована.

Назначьте необходимое обследование.

Ответ: рентгенограмма височных костей в проекции Шюллера, Майера или КТ височных костей

№ 24

У больного 25 лет жалобы на стреляющую боль в левом ухе, снижение слуха. Болен второй день. Объективно: AS - в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Mt - серая, втянута, инъецирована сосудами.

Ваш диагноз?

Ответ: Острый левосторонний гнойный средний отит I стадия.

№ 25

У больной 30 лет жалобы на снижение слуха справа. Три недели назад перенесла правосторонний острый средний отит. AD - в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Mt - серая, втянута. Ш.р. - 5 м. Ваш диагноз? Назначьте обследование и лечение?

Ответ: Острый правосторонний средний отит (репаративная стадия)

Лечение:

- а) катетеризация правой слуховой трубы с введением химопсина
- б) пневмомассаж барабанной перепонки справа

№ 26

У больного 45 лет жалобы на значительное снижение слуха на левое ухо. Накануне, после бани, резко ухудшился слух. Объективно: AS: в слуховом проходе плотная желтовато-серая масса, закрывающая весь просвет прохода в перепончато-хрящевом отделе.

Ваш диагноз?

Ответ: Серная пробка левого наружного слухового прохода

№ 27

У больного 30 лет жалобы на резкую боль в правом ухе. Болен в течение 4-х дней. Объективно: справа при пальпации козелка и ушной раковины определяется резкая болезненность, наружный слуховой проход сужен инфильтратом, при отоскопии осматривается лишь передний сегмент Mt, она серого цвета. Слух - норма. Температура тела субфебрильная, в крови отмечается лейкоцитоз и ускорение СОЭ.

Ваш диагноз? Лечение.

Ответ: Острый правосторонний наружный отит.

Лечение:

- а) беречь ухо от воды
- б) антибиотикотерапия
- в) гипосенсибилизирующая терапия
- г) местная антибактериальная терапия

№ 28

У больного 35 лет жалобы на боль в правом ухе, усиливающиеся при открывании рта. Объективно: справа при пальпации козелка резкая боль. Отоскопически: наружный слуховой проход резко сужен, за счет конусовидного инфильтрата в области передней стенки. При ощупывании зондом этого участка отмечается флюктуация.

Ваш диагноз?

Ответ: Фурункул наружного слухового прохода справа

№ 29

У больной 30 лет жалобы на периодическое гноетечение из правого уха, снижение слуха. Считает себя больной в течение 10 лет. Объективно: AD - в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Mt - серая, имеется центральная перфорация. Слизистая оболочка медиальной стенки барабанной полости бледно-розовая.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые обследования.

Ответ: Хронический гнойный правосторонний средний отит. Мезотимпанит вне обострения.

- а) рентгенограмма височных костей в проекции Шюллера, Майера или КТ височных костей.

б) аудиологическое обследование (тональная пороговая аудиометрия).

№ 30

У больной 40 лет жалобы на периодическое гноетечение из правого уха, снижение слуха справа. Считает себя больной в течение 15 лет. Два раза в году отмечает обострение процесса. Объективно: AD - Mt - серая, в передне-нижнем квадранте перфорация, края которой утолщены. На рентгенограмме височных костей - кариозно-деструктивный процесс в атикоантральной области. Антрум расширен процессом. В сосцевидном отростке - клеточная система завуалирована. На аудиограмме кондуктивная тугоухость II степени справа. Диагноз: Хронический гнойный средний отит справа. Эпитимпанит.

Назначьте лечение

Ответ: Лечение: санирующая слухосохраняющая радикальная операция на правой височной кости.

№ 31

У больной 19 лет жалобы на боль в правом ухе, снижение слуха, асимметрия лица. Считает себя больной в течение недели, после переохлаждения. Вчера появилась асимметрия лица справа. Объективно: AD - Mt - гиперемирована, выпячена. Асимметрия лица резко выражена.

Ваш диагноз? Лечение.

Ответ: Острый правосторонний средний отит. Отогенный периферический парез лицевого нерва справа
Лечение: а) парацентез; б) антибиотикотерапия пенициллинового ряда; в) гипосенсибилизирующая терапия; г) дезинтоксикационная терапия; д) дегидратационная терапия; е) противовоспалительная терапия; ж) катетеризация слуховой трубы; з) сосудосуживающие капли в нос; и) антибактериальные капли в ухо; к) физиотерапия

№ 32

У больной 45 лет жалобы на головную боль справа иногда на подушке появляются гнойные пятна. Объективно: AD - в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Mt - перламутро-серого цвета, рубцово- изменена. В передне-верхнем квадранте имеется точечная перфорация. Слух норма. На КТ височных костей имеется костно-деструктивный процесс в аттико-антральной области. Антрум расширен процессом. Сосцевидный отросток склеротического строения.

Ваш диагноз? Лечение.

Ответ: Хронический гнойный средний отит справа. Эпитимпанит.

Лечение: санирующая слухосохраняющая радикальная операция на правой височной кости.

№ 33

У больной 35 лет жалобы на снижение слуха справа, головную боль в области правой височной кости. Страдает правосторонним хроническим гнойным средним отитом с детства. Обострения 1 раз в год. Объективно: AD - в наружном слуховом проходе патологического отделяемого нет. Mt - серая, опознавательные пункты слабо выражены, в верхне-заднем квадранте имеется перфорация, прикрытая образованием белого цвета. При промывании аттика на поверхности промывной жидкости чешуйки.

Ваш диагноз?

Ответ: Хронический гнойный средний отит справа. Эпитимпанит. Холестеатома

№ 34

Больной доставлен в клинику с жалобами на головную боль, повышение температуры тела до 39°C, озноб, боль в левом ухе и гнойные выделения из него, снижение слуха. Из анамнеза выяснено, что гноетечение из уха продолжается с детства. Лечился нерегулярно. 5 дней назад появились боль в левом ухе и головная боль, усилилось гноетечение, в течение 2 дней были ознобы. Состояние больного средней тяжести, кожный покров с землистым оттенком. Пульс 94 удара в минуту, ритмичный. Температура тела 38°C. Отоскопия: в наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с запахом, барабанная перепонка гиперемирована, краевой дефект ее в задне-верхнем квадранте, через который видны грануляции. Сосцевидный отросток не изменен, болезненность при пальпации по заднему краю его. Шепотную речь воспринимает левым ухом с 0,5 м, разговорную — 1 м. Анализ крови -лейкоцитов —18*10⁹/л.

Поставьте диагноз, определите лечебную тактику.

Ответ. Обострение левостороннего хронического гнойного среднего отита (эпитимпанита) с грануляциями, осложненного тромбозом сигмовидного синуса. Лечение хирургическое — срочная радикальная операция левого уха со вскрытием задней черепной ямки и ревизией сигмовидного синуса.

№ 35

Больного беспокоит гноетечение из уха, головная боль, рвота, высокая температура, сознание спутанное, судороги. Ухо болит несколько лет. При осмотре в наружном слуховом проходе гнойные выделения. Барабанная перепонка разрушена. Неврологически: ригидность затылочных мышц, двусторонний положительный симптом Кернига.

Диагноз? Принципы лечения?

Ответ: Хронический гнойный эпитимпанит. Отогенный менингит. Лечение – экстренная расширенная радикальная (общеполостная) операция на ухе, после предоперационной подготовки. В послеоперационном периоде – обязательное нахождение больного в палате интенсивной терапии с постоянным мониторингом, антибактериальная терапия (минимум два антибиотика широкого спектра, проникающих через гематоэнцефалический барьер), дезинтоксикационная терапия (инфузионная терапия, методы экстракорпоральной детоксикации), нормализация микроциркуляции и перфузии органов и тканей, борьба с нарушениями органов и систем (ИВЛ, диализ).

№ 36

В ЛОР-отделение доставлен больной в тяжёлом состоянии, заторможен, на вопросы отвечает с трудом. Жалуется на сильную головную боль, гноетечение из левого уха. Температура 38,5С. Со слов сопровождающих установлено, что гноетечением из уха страдает с детства. Последние две недели простуды возникла умеренная боль в левом ухе, увеличилось количество выделений из него, повысилась температура до 37,5С. Не лечился. Вчера вечером появилась головная боль, повысилась температура, ухудшилось общее состояние, наблюдались кратковременные периоды потери сознания. Отоскопически: в левом наружном слуховом проходе гнойное отделяемое с неприятным запахом, барабанная перепонка гиперемирована, в её задневерхнем квадранте имеется краевая перфорация, через которую определяется холестеатома. Выражена ригидность затылочных мышц, симптом Кернига положителен с обеих сторон. Глазное дно без особенностей.

Каков диагноз? Определите план обследования для уточнения диагноза.

Ответ: Левосторонний хронический гнойный эпитимпанит, осложнённый вторичным гнойным менингитом. Рентгенография височных костей по Шюллеру, Майеру. Люмбальная пункция с исследованием ликвора. Осмотр невропатолога. Клинический анализ крови.

№ 37

Гноетечение из левого уха больного беспокоит много лет. Несколько дней назад появились боль в ухе и озноб с последующим подъемом температуры до 40° С, увеличилось количество отделяемого из уха. При осмотре больной бледен, температура 37,4° С, пульс – 90 ударов в 1 мин. В наружном слуховом проходе гной с запахом. Барабанная перепонка почти полностью разрушена, на медиальной стенке барабанной перепонки грануляции. По заднему краю сосцевидного отростка болезненная инфильтрация мягких тканей.

Диагноз? Лечение?

Ответ: Левосторонний хронический гнойный эпитимпанит. Подозрение на тромбоз сигмовидного синуса. Лечение – после проведения предоперационной подготовки, экстренная расширенная радикальная операция. Пункция сигмовидного синуса, при обнаружении в нем тромба его удаление. В послеоперационном периоде – обязательное нахождение больного в палате интенсивной терапии с постоянным мониторингом, антибактериальная терапия (минимум два антибиотика широкого спектра, проникающих через гематоэнцефалический барьер), дезинтоксикационная терапия (инфузионная терапия, методы экстракорпоральной детоксикации), нормализация микроциркуляции и перфузии органов и тканей, борьба с нарушениями органов и систем (ИВЛ, диализ).

№ 38

Поступил больной с жалобами на головную боль, гнойное отделяемое из правой половины носа в течение 12 дней и озноб в последние 2-3 дня.

Объективно: справа хемоз, птоз, экзофтальм, ограничение подвижности глазного яблока. При передней риноскопии определяется гной в правом среднем носовом ходе. При пальпации область передней стенки правой гайморовой пазухи болезненна.

На рентгенограмме — затенение правой гайморовой пазухи.

Поставьте диагноз.

Ответ: Правосторонний гнойный гайморит. Флегмона орбиты.

№ 39

У больного 36 лет через день после того, как он выдавил гнойный стержень фурункула на крыле носа слева, ухудшилось общее состояние. Появились сильный озноб, обильное потоотделение, гектическая температура (с перепадами до 3С в течение дня), сильная головная боль. Местно в окружности крыла носа, где находится фурункул, - отек и инфильтрация мягких тканей, распространившиеся на область щеки и губы слева.

Какое осложнение можно заподозрить? Какой должна быть тактика врача?

Ответ: Тромбоз кавернозного синуса, риногенный сепсис. Вскрытие фурункула для обеспечения дренажа. Мощное антибактериальное лечение, дегидратация, детоксикация, витаминотерапия, иммуномодуляторы, гемосорбция, применение антикоагулянтов, УФО аутокрови.

№ 40

Больная 24 лет, штукатур-маляр по профессии, в обеденный перерыв в зеркале увидела формулирующийся фурункул на внутренней поверхности левого крыла носа и попыталась выдавить содержимое. К вечеру температура повысилась до 38С, появились озноб, рвота, не связанная с приёмом пищи, нарастающая головная боль разлитого характера. Утром обнаружила инфильтрат и гиперемию кожи щеки и левого крыла носа. Повторно была рвота, также не связанная с приёмом пищи. Через сутки на фоне нарастающих явлений общей интоксикации развился экзофтальм с противоположной стороны, выявлена неподвижность глазных яблок при сохранении остроты зрения.

Каков диагноз? Каков механизм описанного явления? Что следует думать?

Ответ: Фурункул носа, тромбоз кавернозного синуса. Описанное состояние явилось следствием тромбоза глазных и угловых вен. Необходимо вскрытие фурункула, проведение антибактериального, дезинтоксикационного, дегидратационного лечения, введение антикоагулянтов.

№ 41

У больного 19 лет развился фурункул носа, к врачу он обратился через три дня, когда появились разлитая инфильтрация мягких тканей боковой поверхности носа и подглазничной области справа, гектическая температура, сопровождающаяся потрясающими ознобами. При осмотре выявлены затруднение отведения правого глазного яблока, умеренный экзофтальм и лагофтальм.

Какое осложнение фурункула имеет место у данного больного? Предложите лечение.

Ответ: тромбоз кавернозного синуса. Антибактериальная, дезинтоксикационная, дегидратационная терапия. Антикоагулянты

№ 42

Больная 19 лет, поскользнувшись, ударила носом о бордюр, после чего появился сильный отек лица. Возникшее кровотечение из носа остановилось самостоятельно, тошноты, рвоты не было, носовое дыхание не нарушалось. Через 3 недели, после исчезновения отеков лица, больная отметила изменение формы носа.

Вопросы: Что вы можете порекомендовать пациентке на консультативном приеме? Ваш диагноз? Назначьте необходимые обследования?

Ответ: Проведение острой репозиции невозможно из-за превышения сроков. Если больную не удовлетворяет косметическое состояние носа, рекомендовать консультацию пластического хирурга

№ 43

Больной доставлен машиной скорой помощи с места автомобильной аварии с жалобами на боль в области носа, измененную форму носа, тошноту, головную боль.

При осмотре отмечается резкое западение спинки носа, значительные гематомы в параорбитальной области с обеих сторон. Больной немного заторможен, на вопросы отвечает медленно, контакт затруднен.

Вопросы: Ваш предположительный диагноз? Какие методы исследования необходимо провести?

Ответ: Закрытый перелом костей носа с наружной деформацией. Сотрясение головного мозга.

- а) обзорная рентгенография костей черепа (КТ)
- б) консультация нейрохирурга для исключения внутричерепной патологии
- в) рентгенограммы костей носа в прямой и боковой проекциях

№ 44

У больного 19 лет жалобы на затрудненное носовое дыхание, болезненность в области носа, которая появилась 2 дня назад после боксерской тренировки, на которой он получил удар в нос. Визуально форма носа не изменена, подвижности носовых костей не отмечается, при передней риноскопии отмечается выбухание перегородки носа в обе стороны, отек, гиперемия слизистой оболочки.

Вопросы: Ваш диагноз? Обследование и лечение?

Ответ: Гематома перегородки носа

- а) пункция гематомы с последующим введением в полость носа плотных тампонов
- б) противовоспалительная терапия

№ 45

У больного жалобы затруднение носового дыхания, боль в области носа. Со слов, 4 дня назад больной подвергся хулиганскому нападению, получив несколько ударов в область лица. Носовое кровотечение остановилось самостоятельно, потери сознания, тошноты, рвоты после травмы больной не отмечал, за медицинской помощью не обращался. Спустя 2 дня появилось затруднение носового дыхания, усиливающаяся боль в области носа, повысилась температура, появились ознобы.

Объективно: отмечается отек, гиперемия кожных покровов в области корня носа, нижних век, боль при пальпации; при передней риноскопии - подушкообразное выбухание перегородки носа, значительный отек, гиперемия слизистой оболочки носа.

Вопросы: Ваш диагноз? Лечение?

Ответ: Абсцесс перегородки носа

- а) вскрытие абсцесса с установлением дренажей;
- б) назначение антибактериальной, антиагрегантной, дезинтоксикационной терапии.

№ 46

Больной 23 лет доставлен в приемное отделение с диагнозом огнестрельное ранение лица. При осмотре: больной в сознании, на вопросы отвечает адекватно, отмечается отек мягких тканей левой щеки, наличие входного пулевого отверстия в проекции левой верхнечелюстной пазухи.

Вопросы: Ваш диагноз? Обследование и лечение?

Ответ:

- а) Консультация нейрохирурга
- б) при отсутствии тяжелых поражений мозга - удаление инородного тела

№ 47

Во время ремонтных работ на больного сверху упал тяжелый предмет, вызвав деформацию наружного носа. При осмотре отмечается западение спинки носа, отек мягких тканей лица, незначительные выделения из носа геморрагического характера, оставляющие на салфетке двойное пятно.

Вопросы: Предварительный диагноз? Какие необходимы обследования больного?

Ответ: Перелом основания черепа (ситовидной пластинки)? обзорная рентгенография черепа, костей носа.

№ 48

В бытовой драке около 2 часов назад больной получил удар разбитой бутылкой в область лица. Кровотечение остановилось самостоятельно. При осмотре имеется рана с неровными краями, расположенная на спинке носа с переходом на правый скат, размером 0,5 x 4 см. Форма носа изменена - имеется смещение спинки носа вправо. Носовое дыхание свободное, патологии полости носа не выявлено.

Вопросы: Ваш диагноз? Обследование и лечение?

Ответ: Перелом костей носа со смещением, резаная рана носа

- а) первичная хирургическая обработка (ушивание) раны
- б) введение столбнячного анатоксина
- в) консультация нейрохирурга
- г) при отсутствии противопоказаний - репозиция костей носа с последующей фиксацией
- д) противовоспалительная терапия

№ 49

Больной 20 лет несколько часов назад укушен неизвестной собакой в область лица. При осмотре отмечается значительный дефект мягких тканей носа (ампутация кончика носа).

Вопросы: Назначьте лечение

Ответ:

- а) Пластика кончика носа (метод перемещенного лоскута)
- б) введение столбнячного анатоксина
- в) введение антирабической вакцины
- г) противовоспалительная терапия

№ 50

У больного 28 лет жалобы на боль в области носа, деформацию наружного носа; 4 часа назад, во время игры в хоккей, клюшкой получил удар по носу. Было сильное носовое кровотечение, которое остановилось самостоятельно, сознание не терял, тошноты, рвоты не было.

Объективно: спинка носа смещена вправо. Мягкие ткани наружного носа умеренно инфильтрированы, болезненны. В левой подглазничной области по боковой поверхности носа - гематома. При пальпации спинки носа определяется подкожная эмфизема. Слизистая оболочка полости носа гиперемирована, инфильтрирована. В полости носа кровяные сгустки.

Вопросы: Ваш диагноз? Назначьте необходимое обследование.

Ответ: Перелом костей носа со смещением. Перелом клеток решетчатого лабиринта. Рентгенография костей носа, ОНП.

№ 51

У больного 25 лет жалобы на припухлость и боль задней поверхности левой ушной раковины после травмы. Объективно: кожа левой ушной раковины припухшая, имеет синеватую гиперемию и резкую боль при пальпации.

Ваш диагноз? Лечение?

Ответ: Отогематома левой ушной раковины.

Лечение:

- а) пункция и отсасывания содержимого гематомы
- б) тугая, давящая повязка
- в) противовоспалительная терапия

№ 52

Больная 25 лет при туалете наружного слухового прохода, случайно ударила рукой о дверь, в этот момент появилось резкое головокружение, рвота. Транспортом скорой помощи доставлена в приемное отделение. При осмотре: больная лежит на носилках в вынужденном положении, при поворотах головы головокружение резко усиливается. Отоскопически: AS - в наружном слуховом проходе геморрагическое отделяемое, после удаления которого виден дефект барабанной перепонки в верхних квадрантах.

Ваш диагноз? Методы обследования?

Ответ: Травматический разрыв барабанной перепонки слева. Посттравматический лабиринтит.

- а) КТ-височных костей,
- б) аудиологическое обследование,
- в) вестибулологическое обследование.

№ 53

У больного 18 лет жалобы на резкое снижение слуха на левое ухо после посещения дискотеки. Считает себя больным в течение двух дней. ЛОР органы в норме. При аудиологическом исследовании обнаружено снижение слуха на левое ухо IV степени (по типу нарушения звуковосприятия), при вестибулологическом обследовании имеется снижение вестибулярной функции.

Ваш диагноз? Какие методы исследования и консультации каких специалистов необходимо назначить данному больному? Лечение.

Ответ: Острая сенсоневральная тугоухость, обусловленная акустической травмой.

Методы обследования:

- а) методы исследования сосудов головы и шеи (РЭГ, доплерография, дуплексное сканирование).
- б) методы исследования головного мозга (МРТ, КТ).
- в) методы исследования шейного отдела позвоночника (рентгенография, МРТ, КТ).
- г) консультации невролога, окулиста, терапевта.

Лечение: дезинтоксикационная, противовоспалительная, сосудорасширяющая, стимулирующая терапия, физиотерапия.

№ 54

Больной 24 лет после автокатастрофы поступил в приемное отделение больницы. Жалуется на головную боль, потерю сознания, глухоту на левое ухо, головокружение в виде вращения предметов, тошноту, рвоту, нарушение равновесия. Объективно: имеются ушибы и ссадины лица, слух слева отсутствует, имеется SpNu вправо III ст, среднеразмашистый. Мт не изменена. На КТ головного мозга - перелом основания черепа, пирамиды височной кости слева.

Ваш диагноз?

Ответ: Поперечный перелом левой пирамиды височной кости с пересечением VIII пары нерва. Глухота слева.

№ 55

Больной 32 лет обратился в ЛОР-кабинет поликлиники с жалобами на боль и образование припухлости в области правой ушной раковины, повышение температуры тела. Указанные симптомы развились после травмы.

Объективно: при осмотре установлено, что ушная раковина утолщена, при пальпации резко болезненна. Кожа гиперемирована. В области противозавитка ушной раковины определяется припухлость, флюктуирующая и болезненная при пальпации. Мочка ушной раковины не изменена, при пальпации безболезненна. Наружный слуховой проход и барабанная перепонка не изменены, острота слуха не нарушена. Температура тела — 37,5 °С. Лейкоциты — $10 \times 10^9/\text{л}$, СОЭ — 20 мм/ч, эозинофилы — 2 %, палочкоядерные — 10 %, сегментоядерные — 51 %, лимфоциты — 35 %, моноциты — 2 %.

Задание: 1. Какой диагноз? 2. Какое необходимо назначить лечение?

Ответ: Отогематома правой ушной раковины. Лечение: а) пункция и отсасывания содержимого гематомы б) тугая, давящая повязка в) противовоспалительная терапия

№ 56

Женщина 45 лет во время обеда (ела мясной суп) поперхнулась, почувствовала боль в горле, самостоятельно пыталась вызвать рвоту, ела хлебные корки. При этом ощущала резкую боль в нижних отделах шеи. Объективно: ссадины на слизистой оболочке гортанной части глотки, небольшая гематома свободного края надгортанника, скопление слюны в грушевидных синусах. Голосовая щель свободна. Со стороны других ЛОР-органов отклонений от нормы нет.

Задание: Поставьте диагноз, назначьте лечение.

Ответ: Ссадина глотки. Инородное тело пищевода? Рекомендовано рентгенологическое исследование. При отсутствии инородного тела в пищеводе – щадящая диета, контроль температуры

№ 57

Больной 27 лет предъявляет жалобы на затрудненное открывание рта, невозможность глотать грубую пищу из-за интенсивной боли в левой половине глотки, общее недомогание, высокую температуру тела. Болен четвертый день, безуспешно лечился дома (аспирин и анальгин внутрь, полоскание ротоглотки настоем шалфея). При исследовании определяются увеличенные лимфатические узлы в левой подчелюстной области. Рот открывает с трудом, нешироко. Слизистая оболочка ротоглотки гиперемирована, левая небная миндалина смещена к центру, определяется инфильтрат, захватывающий переднюю дужку и часть мягкого неба.

Каков диагноз? Как лечить больного? Возможно ли хирургическое лечение в данном случае, и каков его объем?

Ответ: Передневерхний паратонзиллярный абсцесс. Вскрытие абсцесса. Возможна абсцесс-тонзиллэктомия

№ 58

Во время еды ухи пожилой человек подавился, после чего отметил появление боли и затруднение при прохождении плотной пищи. Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Инородное тело (рыбья кость) пищевода. Направить в ЛОР отделение в экстренном порядке для удаления инородного тела с помощью эзофагоскопии.

№ 59

Больная 68 лет обратилась в клинику с жалобами на боль за грудиной, резкое затруднение акта дыхания. Больно и трудно глотать даже слюну. Это ощущение появилось после того, как час назад подавилась (ела рыбный суп). У больной гримаса страдания на лице. Голова наклонена кпереди. В полости рта всего шесть зубов. Слизистая десен умеренно инфильтрирована. На слизистой оболочке задней стенки глотки ссадины. «Слюнные озера» в грушевидных карманах у входа в пищевод.

Каковы предполагаемый диагноз и тактика врача?

Ответ: Инородное тело пищевода (мясная кость). Рентгенография пищевода. Эзофагоскопия в условиях общей анестезии.

№ 60

Больной, 17 лет, обратился с жалобами на затрудненное дыхание и глотание, слюнотечение, припухлость на шее, кашель с прожилками крови в мокроте. Из анамнеза известно, что 4 часа назад, спускаясь по лестнице, споткнулся и ударился о перила передней поверхностью шеи. Объективно: на передней поверхности шеи, справа от срединной линии – гематома, болезненность в области щитовидного хряща. Ларингоскопически: имеется кровоизлияние в ложную, истинную и черпало-надгортанную складки справа, некоторое ограничение подвижности этой половины гортани. Левая половина гортани не изменена, подвижна. Голосовая щель сужена.

Диагноз? Лечебная тактика?

Ответ: Хондроперихондрит гортани. Лечение: антибиотики, сульфаниламиды, обезболивающие средства, полужидкая пища, глюкокортикоиды, электрофорез с йодистым калием, УВЧ, витамины группы В.

№ 61

В приемное отделение «Скорой» доставлен больной 34 лет с диагнозом «Паратонзиллярный абсцесс» у больного жалобы на интенсивные боли в горле, слабость, охриплость, ощущение «нехватки воздуха», боли усиливаются при глотании, прием пищи затруднен. Болен в течение двух дней. Общее состояние тяжелое, температура тела 38,5°C.

Объективно открывание рта затруднено, слизистая оболочка ротоглотки умеренно гиперемирована, признаков паратонзиллярного абсцесса не выявлено, при непрямой ларингоскопии слизистая оболочка язычной поверхности надгортанника инфильтрирована, отечна, надгортанник ригиден, «нависает» над гортанью, нижележащие отделы гортани не обозривы, дыхание затруднено при физической нагрузке, дисфония.

Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Абсцесс надгортанника, отечно – инфильтративный ларингит, острый стеноз гортани I ст.

- а) Лечение в условиях стационара.
- б) Медикаментозное дестенозирование.
- в) Вскрытие абсцесса надгортанника.
- г) Антибактериальная терапия (цефалоспорины).

№ 62

В ЛОР отделении находится больной 56 лет с диагнозом «Отечноинфильтративный ларингит, сахарный диабет первого типа, средней тяжести». Несмотря на проводимую антибактериальную и противоотечную терапию состояние больного ухудшилось: появились и стали нарастать боли в области шеи, затруднение дыхания и глотания, усилились явления дисфонии. На передней поверхности шеи кожа гиперемирована, напряжена при пальпации резко болезненна, температура тела фебрильная, в крови лейкоцитоз. При непрямой ларингоскопии слизистая оболочка гортаноглотки и гортани гиперемирована, инфильтрирована, за счет чего вестибулярный отдел гортани сужен до 5 мм, голосовые складки не обозривы. Дыхание затруднено, инспираторная одышка в покое до 24 в 1 мин, дисфония.

Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Флегмона шеи, флегмонозный ларингит, острый стеноз гортани II ст.

- а) Хирургическое (первый этап - наложение трахеостомы, второй этап - вскрытие флегмоны шеи наружным доступом, адекватное дренирование).
- б) Симптоматическая терапия.
- в) Коррекция глюкозы крови (введение инсулина по схеме).

№ 63

У больной 70 лет жалобы на боли в области шеи у верхнего края щитовидного хряща справа, боли усиливаются при глотании. Прием жесткой пищи затруднен. Перечисленные жалобы больная связывает с приемом в пищу курицы за 5 дней до обращения к врачу, когда сначала появилось ощущение инородного тела, а затем боли. Общее состояние удовлетворительное, температура тела 37,5°C, пальпация шеи в области верхнего края щитовидного хряща справа умеренно болезненна. При непрямой ларингоскопии имеется выраженный отек, инфильтрация и гиперемия слизистой оболочки черпало-надгортанной складки справа, в правом грушевидном синусе симптом «слюнного озера», инородное тело визуальное не обнаружено.

Ваш диагноз? Назначьте дополнительные обследования и лечения.

Ответ: Инородное тело правого грушевидного синуса.

- а) Rg-графия пищевода с барием.

- б) Удаление инородного тела
- в) Антибактериальная терапия.

№ 64

Бригадой СМП в приемное отделение доставлен больной 18 лет. Состояние крайне тяжелое, дыхание стридорозное, кожные покровы бледно-серые, больной сидит в кресле - каталке, при вдохе над- и подключичные ямки втягиваются. Со слов сопровождающих родителей был укушен осой в область шеи. При непрямой ларингоскопии определяется тотальный стекловидный отек гортаноглотки, голосовая щель 2- 3 мм.

Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Острый стеноз гортани III ст., аллергический отек гортани.

- а) Срочная трахеостомия, проведение медикаментозного дестенозирования

№ 65

У больной 23 лет, жалобы на затруднение дыхания, боль в области передней поверхности шеи, афонию. Со слов больной травмы получены в ДТП.

Состояние средней тяжести, в сознании, инспираторная одышка в покое до 24 в мин. На передней поверхности шеи имеется осаднение кожи. Пальпация области гортани резко болезненна, ларингоскопически определяется синеватая припухлость левой половины гортани, голосовая щель 7 мм.

Ваш диагноз? Назначьте лечение.

Ответ: Ушиб гортани, гематома гортани, стеноз гортани II ст.

- а) Динамическое наблюдение,
- б) медикаментозное дестенозирование,
- в) при нарастании клиники стеноза решается вопрос о наложении трахеостомы.
- г) Антибактериальная терапия

№ 66

Мальчик, 4 года. Поступил в стационар с жалобами на постоянный влажный кашель с выделением серозно-гнойной или гнойной мокроты. Ребенок от второй беременности, протекавшей с незначительным токсикозом первой половины, вторых срочных родов. Масса при рождении 3500 г, длина 51 см. Вскармливался естественно. Прикорм вводился своевременно. В массе прибавлял плохо. Масса в 1 год — 9 кг, в 2 года — 10,5 кг. Болен с первых дней жизни. Отмечались выделения из носа гнойного характера, затрудненное дыхание. В возрасте 8 месяцев впервые диагностирована пневмония. Повторные пневмонии наблюдались в возрасте одного года и 2-х лет. На первом году жизни трижды перенес отит. Со второго полугодия жизни — частые ОРВИ. У ребенка отмечался плохой аппетит, неустойчивый стул. При поступлении масса 12 кг. Ребенок вялый, апатичный. Кожные покровы бледные, отмечается цианоз носогубного треугольника, акроцианоз. Пальцы в виде «барабанных палочек», ногтевые пластинки в виде «часовых стекол». ЧД — 42 в 1 мин. Перкуторно: над легкими участки притупления преимущественно в прикорневых зонах, аускультативно: с двух сторон разнокалиберные влажные хрипы. Границы сердца: правая — по правой средне-ключичной линии, левая — по левому краю грудины. Тоны сердца ритмичные, выслушиваются отчетливо, отмечается мягкий систолический шум, акцент II тона над легочной артерией, ЧСС — 100 уд./мин. Печень +2 см из-под края левой реберной дуги. Пальпируется край селезенки справа. Живот несколько увеличен, мягкий, болезненный по ходу толстой кишки. Общий анализ крови: эр. — $4,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 115 г/л, лейкоц. — $6,8 \times 10^9 /л$, э — 1%, п/я — 10%, с — 52%, л — 28%, м — 9%, СОЭ — 12 мм/час. Общий анализ мочи: количество — 60,0 мл, относительная плотность мочи — 1,014, прозрачность — неполная, лейкоциты — 3-4 в п/з, эритроциты — нет. Рентгенограмма грудной клетки: легкие вздуты. Во всех легочных полях немногочисленные очаговоподобные тени, усиление и деформация бронхососудистого рисунка. Бронхоскопия: двухсторонний диффузный гнойный эндобронхит. Бронхография: двухсторонняя деформация бронхов, цилиндрические бронхоэктазы S6, 7, 8, 9, 10 справа. Рентгенография гайморовых пазух: двухстороннее затемнение гайморовых пазух.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Как наследуется это заболевание? 3. Каковы принципы лечения заболевания? 4. Какие специалисты должны наблюдать ребенка? 5. Ваш прогноз.

Ответ: 1. Муковисцидоз, легочная форма, двухсторонний гайморит, задержка физического развития. 284 2. Заболевание наследуется по аутосомно-рецессивному типу. 3. Антибиотикотерапия при рецидиве пневмонии. Ферментотерапия (креон). Использование ингаляций пульмозима с целью разжижения мокроты и облегчения ее выделения. Муколитическая терапия с лазолваном 2-3 курса в

месяц. Лечение хронического гайморита. Лечебная физкультура. 4. Пульмонолог, отоларинголог. 5. Прогноз неблагоприятный. В России больные муковисцидозом живут не более 20 лет.

№ 67

Мальчик М., 5 лет, осмотрен педиатром в связи с жалобами на выделения из носа и чихание. Анамнез заболевания: ребенок заболел 2 года назад, когда в апреле появились сильный зуд и жжение глаз, слезотечение, светобоязнь, гиперемия конъюнктивы. Позднее к описанным клиническим проявлениям присоединились зуд в области носа и носоглотки, заложенность носа, затрудненное дыхание. Некоторое облегчение приносили антигистаминные препараты, гормональные мази и капли местно. В середине июня симптомы заболевания прекратились. Из семейного анамнеза известно, что мать ребенка страдает экземой, у самого больного детская экзема отмечалась до 3-х лет. При осмотре: мальчик астенического телосложения. Кожные покровы чистые, сухие. Дыхание через нос затруднено, больной почесывает нос, чихает. Из носа обильные водянистые выделения. Веки отечны, конъюнктура гиперемирована, слезотечение. Частота дыхания — 22 в 1 мин. В легких дыхание везикулярное. Тоны сердца ритмичные. Живот мягкий, безболезненный. Стул и мочеиспускание не нарушены. Общий анализ крови: эр.— $3,2 \times 10^{12}/л$, Нв — 112 г/л, лейкоц.— $7,2 \times 10^9 /л$, э — 12%, п/я — 3%, с — 34%, л — 50%, м — 1%, СОЭ — 5 мм/час. Скарификационные тесты: резко положительные (+++) с аллергенами пыльцы ольхи, орешника; умеренная положительная реакция (++) к пыльце полыни.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте диагноз. 2. Наметьте план дополнительного обследования. 3. Каковы основные принципы лечения? 4. Какие ингаляционные глюкокортикоидные препараты могут быть использованы у данного больного?

Ответ: 1. Поллиноз, риноконъюнктивит. 2. Определение общих IgE и специфических IgE-антител в сыворотке крови (особенно важны при неубедительных результатах кожных проб либо при невозможности их постановки). Назальный провокационный тест проводится после постановки кожных проб. Цитологическое исследование мазков и смывов из полости носа. Эндоскопическое исследование полости носа и проба с адреналином обычно демонстрирует обратимость выявленных изменений. Активная передняя риноманометрия и акустическая ринометрия. Рентгенография, компьютерная и магнитно-резонансная томография полости носа и околоносовых пазух (диагностика осложненных форм) 285 Осмотр оториноларинголога. 3. Устранение контакта с аллергеном (если возможно), аллерген-специфическая иммунотерапия, организация гипоаллергенного быта. Фармакотерапия (антигистаминные препараты, ингаляционные глюкокортикостероиды; базисная терапия: препараты кромоглициевой кислоты (недокромил натрия, интал), деконгестанты (сосудосуживающие капли в нос), антилейкотриены (монтелукаст), антихолинергические средства. 4. В период цветения глюкокортикостероиды назначают на весь период цветения 1–2 раза в день (назонекс, авамис). Ингаляционные глюкокортикостероиды можно рассматривать как высокоэффективные средства первого ряда в лечении аллергического ринита среднетяжелого и тяжелого течения (убедительность доказательств А).

№ 68

Ребенок, 9 месяцев, болен в течение трех дней. Температура 38–39 °С, беспокойный, аппетит снижен. Отмечается влажный кашель и обильные слизистые выделения из носа. При поступлении в стационар: состояние средней тяжести, температура 38,3 °С, веки отечны, конъюнктура гиперемирована. На нижнем веке справа белая пленка, снялась легко, поверхность не кровоточит. Лимфоузлы всех групп увеличены до 1–2 см, безболезненные, эластичные. Нёбные миндалины и фолликулы на задней стенке глотки увеличены, зев гиперемирован. Отмечается затруднение носового дыхания, обильное слизистогнойное отделяемое из носа. В легких жесткое дыхание, проводные хрипы. Тоны сердца ритмичные, ЧСС — 132 уд./мин. Печень +3,5 см, селезенка +1,5 см. Физиологические отправления без патологии. Общий анализ крови: эритроциты — $4,3 \times 10^{12}/л$, Нв — 133 г/л, цв. п. — 0,93, лейкоциты — $10,9 \times 10^9$, э — 2%, п/я — 4%, с/я — 38%, л — 51%, м — 5%, СОЭ — 15 мм/час. Общий анализ мочи: цвет — сол./желтый, прозрачность — прозрачная, относительная плотность — 1020, белок — 0,3%, лейкоциты — 1–3 в п/з. Биохимический анализ крови: общий белок — 74,0 г/л, мочевины — 5,2 ммоль/л, АЛТ — 32,2 Ед/л, АСТ — 42,4 Ед/л.

ЗАДАНИЕ: 1. Поставьте клинический диагноз. 2. Определите потребность в дополнительном обследовании и консультациях. 3. Назначьте лечение

Ответ: Аденовирусная инфекция, фарингоконъюнктивальная лихорадка, среднетяжелая форма. 2. Консультация ЛОР-врача. Рентгенография органов грудной клетки. Забор мазков-отпечатков с эпителия слизистой оболочки носа для иммунофлюоресцентного экспресс-метода, серологический метод ИФА для определения IgM к аденовирусу, ПЦР-диагностика с определением ДНК аденовирусов

из различных биологических сред: крови, слизистых оболочек конъюнктивы, ротоглотки, носа. 3. Туалет глаз и носа, глазные капли (офтальмоферон), муколитические препараты, сосудосуживающие капли в нос, анаферон в течение 7 дней.

№ 69

Девочке 8 лет, больна в течение недели, отмечалась заложенность носа, повышение температуры тела до 38 °С, боли при глотании. Был поставлен диагноз «лакунарная ангина» и назначен кларитромицин. Эффекта от проводимой терапии не наступило: сохранялась высокая температура, налеты на миндалинах, появилась припухлость в области шеи с обеих сторон. Больная была госпитализирована с диагнозом «дифтерия зева?».

ЗАДАНИЕ: Диагноз? Обследование, лечение, прогноз.

Ответ: Инфекционный мононуклеоз, типичный, среднетяжелая форма. 2. Дополнительное обследование: мазок из зева на дифтерию, биохимия крови на общий билирубин, АСТ, АЛТ, общий анализ мочи, антитела к ВИЧ. 3. Постельный режим, диета (стол № 5), ацикловир на 10 дней, парацетамол при температуре более 38 °С, обильное питье, симптоматическое лечение. 4. Прогноз благоприятный.

№ 70

Девочке 11 лет. Заболевание началось остро с повышения температуры до 38,6 °С, боли в горле при глотании. На второй день болезни госпитализирована с подозрением на паратонзиллярный абсцесс. Из анамнеза жизни известно, что в период новорожденности ребенку был поставлен диагноз перинатального поражения ЦНС, девочка состояла на диспансерном учете у невролога, до одного года были сделаны профилактические прививки БЦЖ и двукратно АДС–М. После года в связи с развившимся эписиндромом был оформлен постоянный медотвод от профилактических прививок. При поступлении состояние тяжелое, девочка вялая, бледная, адинамичная. Голос сдавленный. Кожные покровы чистые. В подчелюстной области и верхней части шеи с обеих сторон имеется отек мягких тканей. Рот открывает хорошо. Резкий отек мягкого нёба, язычка, миндалин. На нёбных миндалинах с обеих сторон плотный налет, распространяющийся на дужки и язычок. Гиперемия слизистой оболочки с цианотичным оттенком. В легких везикулярное дыхание. Тоны сердца приглушены, ритм правильный. Живот мягкий, безболезненный. Печень и селезенка не увеличены. На пятый день болезни снизился диурез. Общий анализ крови: эритроциты — $3,9 \times 10^{12}/л$, Нв — 120 г/л, лейкоциты — $12,0 \times 10^9 /л$, э — 0%, п/я — 10%, с/я — 60%, л — 27%, м — 3%, СОЭ — 20 мм/час. Общий анализ мочи при поступлении: соломенно-желтая, относительная плотность — 1017, белок — 0,033 г/л, лейкоциты — 2–3 в п/з.

ЗАДАНИЕ:

1. Поставьте предварительный диагноз. 2. Составьте план обследования. 3. Проведите дифференциальный диагноз. 4. Дайте прогноз заболевания. 5. Назначьте лечение. 6. Составьте план профилактических мероприятий.

Ответ: Дифтерия зева, токсическая 1 ст., тяжелая форма. 312 2. Мазок из зева и носа на дифтерийную палочку, электролиты, КОС, ЭКГ, эхокардиография, группа крови и резус-фактор, исследование уровня изоферментов креатинкиназы крови, коагулограмма, посев слизи с миндалин и задней стенки глотки на аэробные и факультативно-анаэробные микроорганизмы, биохимический анализ крови на общий белок, глюкозу, мочевины, креатинин, бактериологическое исследование кала, исследование кала на яйца гельминтов. 3. Дифференциальный диагноз с паратонзиллярным абсцессом. 4. Прогноз зависит от развития осложнений: миокардит, парезы. 5. Постельный режим, введение антитоксической противодифтерийной сыворотки после постановки пробы: курсовая доза 100 тыс. ЕД, разовая при поступлении — 50 тыс. ЕД. Антибиотик по выбору (макролиды, или цефалоспорины, или пенициллины), внутривенное введение жидкости с целью дезинтоксикации под контролем диуреза, антигистаминные препараты. 6. В очаге инфекции карантин на контактных на семь дней, заключительная дезинфекция, выявление контактных, оценка их прививочного статуса, однократно бактериологическое обследование в течение 48 часов на *Corynebacterium diphtheriae*, ЛОР-осмотр в течение трех дней с момента изоляции больного.

№71

У больного 42 лет жалобы на боли в области шеи, отсутствие дыхания через естественные пути. Около 6 месяцев назад больной отметил появление охриплости, лечение не проводилось. Охриплость постепенно усиливалась, появились боли при глотании, затруднение дыхания. Месяц тому назад была произведена трахеостомия. Крупнобугристый инфильтрат занимает правую половину гортани,

переднюю комиссуру и переходит на левую половину гортани. Инфильтрат полностью obturates просвет гортани, голосовая щель не видна. Подвижность обеих половин гортани отсутствует.

Ваш диагноз? Назначьте лечение?

Ответ Рак гортани T₁N₁M₀. Биопсия для уточнения диагноза. Экстирпация гортани с последующей лучевой терапией

№ 72

У больной 63 лет жалобы на затруднение дыхания. Больна около 2-х лет. В последние три месяца присоединилось затруднение дыхания и болезненность в горле при глотании с иррадиацией в левое ухо. В гортани бугристое образование, занимающее левую голосовую складку с переходом через переднюю комиссуру на правую. Левая половина гортани резко ограничена в подвижности. Голосовая щель значительно сужена. При физической нагрузке (ходьбе) появляется одышка и втяжение надключичных и яремных ямок. Регионарные лимфоузлы шеи не увеличены. Число дыхательных движений 15 в минуту.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые исследования и лечение?

Ответ:Рак гортани T₂N₁M₀. Биопсия. Горизонтальная резекция гортани с последующей лучевой терапией

№ 73

У больного 52 лет жалобы на боль при глотании с иррадиацией в левое ухо, голос звучный. Болеет около трех месяцев, боли постепенно нарастают. По поводу «хронического фарингита» безуспешно лечился в поликлинике. На гортанной поверхности надгортанника и передней трети вестибулярных складок определяется изъязвленный инфильтрат. Небольшой отек слизистой оболочки язычной поверхности надгортанника. Голосовые складки при фонации полностью смыкаются, голосовая щель широкая. Регионарные лимфоузлы не увеличены.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые дополнительные исследования?

Ответ Рак гортани T₁N₀M₀. Биопсия. Томография гортани

№74

У больного 48 лет жалобы на охриплость, появившуюся около четырех месяцев назад. Проводилось противовоспалительное лечение, щелочно-масляные ингаляции, вливания каротолена в гортань - без эффекта. Вестибулярный отдел гортани не изменен, левая голосовая складка гиперемирована, край ее ровный, правая складка бледная. В подскладочном пространстве определяется крупнобугристый инфильтрат, серого цвета. Левая половина гортани неподвижна. Голосовая щель сужена. Признаков стеноза гортани нет. На рентгенограммах гортани на глубине 4, 5 и 6 см отчетливо определяется инфильтрат левой половины подголосового пространства, распространяющийся от голосовой складки до нижнего края перстневидного хряща. Просвет подголосового пространства значительно сужен.

Ваш диагноз? Назначьте дополнительные методы исследования?

Ответ Рак гортани T₃N₁M₀. Биопсия. Томография гортани

№75

У больной 51 года жалобы на ощущение жжения, першение в горле. Лечилась смазываниями глотки раствором Люголя - без эффекта. Температура нормальная. В области верхнего полюса левой миндалины отмечается поверхностное изъязвление с неровными краями, покрытое сероватым налетом, легко кровоточащее при дотрагивании. При пальпации вокруг язвы определяется деревянистой плотности инфильтрат, переходящий на мягкое небо и корень языка. На шее слева пальпируется конгломерат увеличенных лимфоузлов, размером 5х6 см., плотный, ограниченно смещаемый.

Ваш диагноз? Назначьте дополнительные исследования? С какими заболеваниями следует дифференцировать?

Ответ Новообразование левой небной миндалины (злокачественное). Показана биопсия. Дифференцирование следует проводить с туберкулезным и сифилитическим поражением.

№76

У больной 40 лет жалобы на резкое снижение слуха, шум в ушах, неуверенность походки. Снижение слуха имелось в период лечения острого нефрита антибиотиками (аминогликозиды) и Фурасемидом. ЛОР-органы в пределах нормы. При аудиологическом исследовании выявлено двустороннее поражение звуковосприятия (III степень). При вестибулометрическом исследовании выявлено угнетение функции вестибулярного анализатора.

Ваш диагноз? Лечение.

Ответ: Острая двусторонняя сенсоневральная тугоухость, обусловленная интоксикацией ототоксическими препаратами. Лечение: дезинтоксикационная, сосудорасширяющая и стимулирующая терапия, физиотерапия

№77

У больного 26 лет после вирусного заболевания 7 дней назад резко снизился слух на левое ухо. При осмотре ЛОР-органов патологических изменений не выявлено. При аудиологическом исследовании обнаружено глухота на левое ухо, справа слух в норме.

Ваш диагноз? Какие методы исследования и консультации каких специалистов необходимо назначить данному больному? Лечение.

Ответ: Острая левосторонняя сенсоневральная тугоухость, на фоне вирусной инфекции.

Методы обследования:

- а) вестибулологическое обследование (вращательная и калорическая пробы), стабилметрия.
- б) методы исследования сосудов головы и шеи (РЭГ, доплерография, дуплексное сканирование).
- в) методы исследования головного мозга (МРТ, КТ).
- г) методы исследования шейного отдела позвоночника (рентгенография, МРТ, КТ).
- д) консультации невролога, окулиста, терапевта.

Лечение: дезинтоксикационная, противовоспалительная, сосудорасширяющая, стимулирующая терапия, физиотерапия.

№78

У больного 76 лет во время гипертонического криза (АД=240/120 мм.рт.ст.) 3 часа назад появились жалобы на глухоту, шум в левом ухе, головокружение в виде вращения предметов, тошноту, нарушение равновесия. При исследовании слуховой и вестибулярной функции выявилось полное выключение слуха и вестибулярного аппарата справа.

Ваш диагноз? Какие методы исследования и консультации каких специалистов необходимо назначить данному больному? Лечение.

Ответ: Внезапная глухота слева на фоне повышения артериального давления.

Методы обследования:

- а) методы исследования сосудов головы и шеи (РЭГ, доплерография, дуплексное сканирование).
- б) методы исследования головного мозга (МРТ, КТ).
- в) методы исследования шейного отдела позвоночника (рентгенография, МРТ, КТ).
- г) консультации терапевта, невролога, окулиста.

Лечение: гипотензивная терапия, сосудорасширяющая, стимулирующая терапия.

№79

У больной 43 лет жалобы на снижение слуха и шум в правом ухе, после стрессовой ситуации на работе. Считает себя больной в течение 5 дней. В анамнезе - остеохондроз шейного отдела позвоночника. ЛОР органы в норме. АД=120/80 мм.рт.ст. Слух АД Р.р.- 5м, Ш.р. - 2м.

Ваш диагноз? Какие методы исследования и консультации каких специалистов необходимо назначить данному больному? Лечение.

Ответ: Острая правосторонняя сенсоневральная тугоухость, обусловленная остеохондрозом шейного отдела позвоночника. Необходимо:

- а) аудиологическое (тональная пороговая аудиометрия, импедансометрия), вестибулологическое обследование (вращательная и калорическая пробы), стабилметрия.
- б) методы исследования сосудов головы и шеи (РЭГ, доплерография, дуплексное сканирование).
- в) методы исследования головного мозга (МРТ, КТ).
- г) методы исследования шейного отдела позвоночника (рентгенография, МРТ, КТ).
- д) консультации невролога, окулиста, терапевта.

Лечение: сосудорасширяющая, стимулирующая терапия, физиотерапия.

№80

У больной 28 лет жалобы на снижение слуха, шум в левом ухе, снижение вкусовых ощущений, «онемение» лица слева. Слух снижался постепенно в течение 3 лет. Снижение вкусовых ощущений, «онемение» лица появилось месяц назад. Данные осмотра: ЛОР-органы в норме, отмечается снижение корниального рефлекса, вкуса на передних 2/3 языка и чувствительности слизистой оболочки слева. При аудиологическом обследовании имеется снижение слуха слева III степени (по типу нарушения звуковосприятия), вестибулологическое исследование выявило снижение вестибулярной функции.

Ваш диагноз? Назначьте необходимые обследования и консультации других специалистов.

Ответ: Прогрессирующая левосторонняя сенсоневральная тугоухость. Невринома кохлеовестибулярного нерва слева.

а) рентгенологические методы исследования головного мозга, височных костей (рентгенограмма височных костей по Стенверсу КТ, МРТ)

б) консультация нейрохирурга, невролога, окулиста.

№81

Больной 47 лет жалуется на охриплость, которая беспокоит около полугода. Считал, что это связано с курением, однако после того, как бросил курить три месяца назад, осиплость не прошла. Объективно: в полости глотки патологических изменений не определяется. Ларингоскопия: определяется бугристый инфильтрат на правой голосовой складке, подвижность складки заметно ограничена. Голосовая щель достаточно широка для дыхания. В подголосовом пространстве изменения не определяются. Со стороны ЛОР- и других органов патологии не выявлено.

Какой предполагаемый диагноз? Какие дополнительные обследования необходимы? Как лечить больного?

Ответ: Новообразование гортани. Компьютерная томография гортани. Биопсия. Ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов. Лечение комбинированное (хирургическое, лучевое).

№82

Больной 45 лет жалуется на охриплость в течение последних двух месяцев. Боли при глотании отсутствуют. Курс противовоспалительного лечения (ингаляции, полоскания, внутригортанные вливания антибиотиков), проведенный в течение двух недель, эффекта не дал. Ларингоскопия: по свободному краю передних двух третей гиперемизированной левой голосовой складки располагается мелкобугристое образование на широком основании. Небольшое ограничение подвижности левой половины гортани. Правая половина гортани не изменена. Голосовая щель достаточна для дыхания. Регионарные лимфатические узлы без особенностей.

Каков предполагаемый диагноз? Каковы дополнительные методы исследования?

Ответ: Рак гортани. Компьютерная томография гортани. Биопсия. Ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов. Рентгенограмма грудной клетки.

№83

Больной 63 лет обратился к оториноларингологу с жалобами на затруднение дыхания, боль в горле при глотании, першение в глотке. Болен около пяти лет. Вначале першение и боли в горле были периодическими. В последние три месяца присоединились затруднение дыхания и боль в горле при глотании с иррадиацией в левое ухо. Объективно: в гортани – бугристое образование, занимающее левую желудочковую и голосовую складки с переходом через переднюю комиссуру на правую голосовую складку. Левая половина гортани резко ограничена в подвижности, черпалонадгортанная складка отечна. Голосовая щель значительно сужена. При ходьбе появляется одышка, отмечается втяжение надключичных и яремных ямок. Регионарные лимфатические узлы шеи не увеличены.

Предполагаемый диагноз? Какие необходимы исследования?

Ответ: Новообразование гортани. Компьютерная томография гортани. Биопсия. Ультразвуковое исследование регионарных лимфатических узлов. Рентгенограмма грудной клетки.

№84

Ребенок 4 лет заболел внезапно. Среди полного благополучия развилось резкое затруднение дыхания (инспираторная одышка) и глотания. Дыхание шумное, свистящее. Тембр голоса стал сухим. Температура повысилась до 40С. Глотание безболезненное, обильная саливация. В анализе крови: лейкоциты 9,8 9/л, нейтрофильный сдвиг влево, относительная лимфоцитопения. В анализе мочи – следы белка. Произведена непрямая ларингоскопия: резко увеличенный в размерах, отечный, ярко-красный надгортанник, закрывающий вход в гортань.

Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Ответ: Абсцесс надгортанника. Госпитализация. Вскрытие абсцесса. Интенсивное антибактериальное, дегидратационное, дезинтоксикационное лечение.

№85

Ребенок 4 лет два дня не посещал детский сад в связи с острым респираторно-вирусным заболеванием. Ночью внезапно проснулся, беспокоен, мечется дыхание шумное, выражена инспираторная одышка,

голос звучный. Непрямую ларингоскопию произвести в приемном покое детской больницы, куда доставили ребенка, не удастся.

Каков диагноз? Какова врачебная тактика?

Ответ: Острый стенозирующий ларинготрахеит. Дегидратация, дезинтоксикация, антибактериальное лечение, антигистаминные препараты. Наблюдение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

**по подготовке к
Государственной итоговой аттестации**

**по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре
специальность 31.08.58 Оториноларингология**

направленность Оториноларингология

Очная форма обучения

I. Общие положения

1.1. Настоящие методические материалы регулируют проведение государственной итоговой аттестации (далее – ГИА) по основным профессиональным образовательным программам высшего образования - программам ординатуры федерального государственного бюджетного учреждения «Национальный медицинский исследовательский центр имени В. А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации (далее – Центр Алмазова) и разработаны в соответствии с Федеральным законом от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», «Порядком проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования – программам подготовки научно-педагогических кадров в аспирантуре (адъюнктуре), программам ординатуры, программам подготовки ассистентуры-стажировки» (утв. Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 18 марта 2016 г. № 227, зарег. Министерством юстиции Российской Федерации от 11 апреля 2016 г., рег № 41754), Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 27 марта 2020 г. № 490 «О внесении изменений в некоторые приказы Министерства образования и науки Российской Федерации, касающиеся проведения государственной итоговой аттестации по образовательным программам высшего образования» (зарег. Министерством юстиции Российской Федерации от 3 апреля 2020 г., рег № 57973), Федеральным законом от 8 июня 2020 г. № 164-ФЗ «О внесении изменений в статьи 71 и 108 Федерального закона «Об образовании в Российской Федерации».

1.2. Методические материалы определяют процедуру организации и проведения Центром Алмазова государственной итоговой аттестации обучающихся по программам ординатуры, включая формы государственной итоговой аттестации, требования к использованию средств обучения, средств связи при проведении государственной итоговой аттестации, требования, предъявляемые к лицам, привлекаемым к проведению государственной итоговой аттестации, порядок подачи и рассмотрения апелляций, изменения и (или) аннулирования результатов государственной итоговой аттестации, а также особенности проведения государственной итоговой аттестации с использованием электронного обучения, дистанционных образовательных технологий, для обучающихся из числа лиц с ограниченными возможностями здоровья.

1.3. К государственной итоговой аттестации допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей основной профессиональной образовательной программе высшего образования.

1.4. Государственная итоговая аттестация проводится государственными экзаменационными комиссиями (далее – ГЭК) в целях определения соответствия результатов освоения обучающимися образовательных программ соответствующим требованиям федеральных государственных образовательных стандартов высшего образования (далее – ФГОС ВО).

1.5. Структура и содержание ГИА устанавливаются в соответствии с требованиями ФГОС ВО.

1.6. Срок проведения ГИА устанавливается в соответствии с требованиями ФГОС ВО, учебным планом, утвержденным Ученым советом Центра Алмазова.

1.7. Не допускается взимание платы с обучающихся за прохождение ГИА.

1.8. Лицам, успешно прошедшим ГИА, присваивается квалификация, установленная ФГОС ВО, и выдается документ о высшем образовании и о квалификации.

1.9. Обучающиеся, не прошедшие ГИА в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по уважительной причине (временная нетрудоспособность, исполнение общественных или государственных обязанностей, вызов в суд, транспортные проблемы) вправе пройти ее в течение 6 месяцев после завершения ГИА. Обучающийся должен представить в Центр Алмазова документ, подтверждающий причину его отсутствия.

1.10. Ординатор, не допущенный к ГИА, или не прошедший государственное аттестационное испытание в связи с неявкой на государственное аттестационное испытание по неуважительной причине, или получивший оценку «неудовлетворительно», отчисляется из

Центра Алмазова с выдачей справки об обучении как не выполнивший обязанностей по добросовестному освоению образовательной программы и выполнению учебного плана.

1.11. Ординатор, не прошедший ГИА, может повторно ее пройти не ранее чем через год и не позднее чем через пять лет после срока проведения ГИА, которая не пройдена обучающимся.

1.12. Для повторного прохождения ГИА указанное лицо по его заявлению восстанавливается в организации на период времени, установленный Центром Алмазова.

II. Формы государственной итоговой аттестации для обучающихся по программам ординатуры

2.1. Государственная итоговая аттестация в Институте медицинского образования (далее – ИМО) Центра Алмазова по основным профессиональным образовательным программам ординатуры проводится в форме государственного экзамена, включающего следующие этапы:

- тестирование;
- практическая часть;
- теоретическая часть (собеседование по билету).

2.2. Государственная итоговая аттестация проводится по утвержденной программе, которая разрабатывается в соответствии с требованиями ФГОС ВО.

III. Государственная экзаменационная комиссия

3.1. Для проведения ГИА в Центре Алмазова создается ГЭК, которая состоит из председателя, секретаря и членов комиссии. ГЭК действует в течение календарного года. Комиссии могут создаваться в целом, по группе специальностей ординатуры, по каждой специальности.

3.2. Основной задачей ГЭК является определение соответствия результатов освоения выпускников требованиям соответствующего ФГОС ВО.

3.3. ГЭК состоит не менее чем из 5 человек, из которых не менее 50 % являются ведущими специалистами – представителями работодателей и (или) их объединений в соответствующей области профессиональной деятельности (далее – специалисты) и (или) представителями органов государственной власти Российской Федерации, органов государственной власти субъектов Российской Федерации и органов местного самоуправления, осуществляющих полномочия в соответствующей области профессиональной деятельности, остальные – лицами, относящимися к профессорско-преподавательскому составу Центра Алмазова и (или) иных организаций и (или) научными работниками Центра Алмазова и (или) иных организаций, имеющими ученое звание и (или) ученую степень и (или) имеющими государственное почетное звание (Российской Федерации, СССР, РСФСР и иных республик, входивших в состав СССР), и (или) лицами, являющимися лауреатами государственных премий в соответствующей области.

3.4. Председатель ГЭК утверждается ежегодно не позднее 31 декабря, предшествующего году проведения ГИА, Министерством здравоохранения Российской Федерации на основании представления Центра Алмазова. Председатель ГЭК утверждается из числа лиц, не работающих в Центре Алмазова. Председатель ГЭК должен обладать ученой степенью доктора наук (в том числе ученой степенью, полученной в иностранном государстве и признаваемой в Российской Федерации) по научной специальности, соответствующей направлению подготовки 31.08.01 Клиническая медицина.

3.5. Председатель ГЭК организует и контролирует деятельность комиссии, обеспечивает единство требований, предъявляемых к обучающимся при проведении ГИА.

3.6. На период проведения ГИА для обеспечения работы ГЭК из числа лиц, относящихся к профессорско-преподавательскому составу Центра Алмазова, научных работников или административных работников Центра Алмазова, председателем ГЭК назначается ее секретарь. Данное решение оформляется протоколом заседания комиссии, которое проводится не позднее чем за 1 месяц до даты начала ГИА. Секретарь ГЭК не является членом ГЭК. Секретарь ГЭК ведет протоколы ее заседаний, представляет необходимые материалы в апелляционную комиссию.

3.7. Составы ГЭК утверждаются приказом генерального директора Центра Алмазова не

позднее чем за 1 месяц до даты начала ГИА.

3.8. Основной формой деятельности ГЭК являются заседания. Заседание ГЭК правомочно, если в нем участвуют не менее двух третей состава соответствующей комиссии. Заседания комиссии проводятся председателем комиссии.

3.9. Решения комиссии принимаются простым большинством голосов лиц, входящих в состав комиссий и участвующих в заседании. При равном числе голосов председатель обладает правом решающего голоса.

3.10. Решения, принятые комиссией, оформляются протоколами. В протоколе заседания ГЭК отражаются перечень заданных обучающемуся вопросов и характеристика ответов на них, мнения членов ГЭК о выявленном в ходе государственного аттестационного испытания уровне подготовленности обучающегося к решению профессиональных задач, об уровне сформированности компетенций, а также о выявленных недостатках в теоретической и практической подготовке обучающегося.

3.11. Протоколы заседаний комиссий подписываются председателем и секретарем. Протоколы заседаний комиссий сшиваются в книги и хранятся в архиве Центра Алмазова.

3.12. Отчеты о работе ГЭК, включая рекомендации по совершенствованию основной профессиональной образовательной программы и образовательного процесса, предоставляются Генеральному директору после завершения ГИА.

IV. Процедура проведения государственной итоговой аттестации

4.1. ГИА по программам ординатуры Центра Алмазова проводится в сроки, предусмотренные учебным планом и графиком учебного процесса.

4.2. Программа ГИА, а также порядок подачи и рассмотрения апелляций доводятся до сведения обучающихся не позднее чем за 6 месяцев до начала ГИА. Экзаменационные билеты и приложения к ним утверждаются заведующим кафедрой и хранятся в секторе по работе с ординаторами.

4.3. Не позднее чем за 30 календарных дней до проведения ГИА директор Института медицинского образования Центра Алмазова утверждает расписание государственных аттестационных испытаний, в котором указываются даты, время и место проведения государственных аттестационных испытаний и предэкзаменационных консультаций, и доводит расписание до сведения обучающихся, председателей и членов и секретарей ГЭК, председателя и членов апелляционной комиссии.

4.4. Перед государственной итоговой аттестацией проводится консультирование обучающихся.

4.5. Государственная итоговая аттестация по программам ординатуры осуществляется поэтапно.

4.6. На первом этапе проводится тестирование, на котором необходимо набрать не менее 51% баллов для допуска ко второму этапу ГИА – к практической части, в ходе которой оцениваются практические навыки.

4.7. Сформированность практических навыков определяется оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно».

4.8. К теоретической части (собеседованию по билету) допускается обучающийся, не имеющий академической задолженности и в полном объеме выполнивший учебный план или индивидуальный учебный план по соответствующей основной профессиональной образовательной программе высшего образования, успешно прошедший тестирование и сдавший практическую часть.

4.9. Экзамен по теоретической части (собеседование по билету) проводится в устной форме по вопросам билета с предварительной подготовкой, на которую отводится не более 20 минут. Экзаменаторы могут задавать дополнительные вопросы.

4.10. Обучающимся и лицам, привлекаемым к ГИА, во время ее проведения запрещается иметь при себе и использовать средства связи.

4.11. Для подготовки ответа экзаменуемый использует экзаменационные листы с печатью ИМО, которые после приема экзамена хранятся в личном деле обучающегося.

4.12. Результаты экзамена по теоретической части (собеседования по билету) определяются оценками «отлично», «хорошо», «удовлетворительно», «неудовлетворительно». Оценки «отлично», «хорошо», «удовлетворительно» означают успешное прохождение государственного аттестационного испытания.

4.13. Результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в устной форме, объявляются в день его проведения, результаты государственного аттестационного испытания, проводимого в письменной форме, – на следующий рабочий день после дня его проведения.

4.14. По результатам государственной итоговой аттестации составляется ведомость. На каждого экзаменуемого заполняется протокол государственной итоговой аттестации, куда вносятся вопросы билетов и дополнительные вопросы членов ГЭК. Протокол государственной итоговой аттестации подписывается председателем и секретарем ГЭК. По результатам ГИА комиссия принимает решение о присвоении квалификации и о выдаче диплома о высшем образовании и о квалификации. Решение ГЭК объявляется обучающемуся в тот же день после оформления протокола заседания комиссии.

4.15. Протоколы заседаний ГЭК после проведения ГИА хранятся в установленном порядке в Центре Алмазова.

V. Особенности проведения государственных аттестационных испытаний с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий

5.1. ГИА с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий проводится в исключительных случаях – при угрозе возникновения и (или) возникновении отдельных чрезвычайных ситуаций, введении режима повышенной готовности или чрезвычайной ситуации на всей территории Российской Федерации либо на ее части).

5.2. Решение о проведении ГИА с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий в отношении отдельного обучающегося или выпуска в целом оформляется приказом генерального директора Центра Алмазова не позднее чем за 30 календарных дней до проведения ГИА и доводится до сведения обучающихся, председателя и членов ГЭК.

5.3. Обучающиеся выражают согласие/несогласие с проведением ГИА в формате электронного обучения с использованием дистанционных образовательных технологий, а также на процедуры идентификации личности и видеофиксации процесса ГИА не позднее чем за 20 календарных дней до проведения первого государственного аттестационного испытания.

5.4. В случае несогласия обучающегося с проведением ГИА в формате электронного обучения с использованием дистанционных образовательных технологий, а также на процедуры идентификации личности и видеофиксации процесса ГИА Центр Алмазова обязуется провести ГИА для такого обучающегося в очной форме при создании для этого необходимых условий.

5.5. Не позднее чем за 14 календарных дней до проведения ГИА до обучающихся доводится технический регламент проведения ГИА с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

5.6. Консультирование перед проведением ГИА с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий проводится в установленном расписанием время в режиме видеоконференции.

5.7. ГИА с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий проводятся индивидуально или по группам.

5.8. ГИА с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий проводится в комбинированной (устной и письменной) форме.

5.9. Каждое государственное аттестационное испытание проводится в формате видеоконференции в режиме on-line с обязательной записью и хранением на образовательном портале ИМО Центра Алмазова.

5.10. В расписании ГИА устанавливаются резервные дни.

5.11. При проведении государственных аттестационных испытаний с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий Центр Алмазова

обеспечивает идентификацию личности каждого обучающихся (предъявление паспорта, исключение использования дополнительных средств связи).

5.12. Решения ГЭК по результатам государственных аттестационных испытаний доводятся до обучающихся в день проведения ГИА.

5.13. При проведении государственных аттестационных испытаний в формате видеоконференции обучающиеся отвечают на вопросы председателя и членов ГЭК.

VI. Особенности проведения государственных аттестационных испытаний для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

6.1. Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья ГИА проводится Центром Алмазова с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

6.2. При проведении ГИА обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

– проведение ГИА для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья в одной аудитории совместно с обучающимися, не имеющими ограниченных возможностей здоровья, если это не создает трудностей для обучающихся при прохождении ГИА;

– присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с членами ГЭК);

– пользование необходимыми обучающимся техническими средствами при прохождении ГИА с учетом их индивидуальных особенностей;

– обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов в аудитории, туалетные и другие помещения, а также их пребывания в указанных помещениях (наличие пандусов, поручней, расширенных дверных проемов, лифтов, при отсутствии лифтов аудитория должна располагаться на первом этаже, наличие специальных кресел и других приспособлений).

6.3. По письменному заявлению обучающегося инвалида продолжительность сдачи обучающимся инвалидом государственного аттестационного испытания может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи:

– продолжительность подготовки обучающегося к ответу на государственном экзамене, проводимом в устной форме, – не более чем на 20 минут;

6.4 В зависимости от индивидуальных особенностей, обучающихся с ограниченными возможностями здоровья Центр Алмазова обеспечивает их прохождение ГИА.

6.5 Обучающийся инвалид не позднее чем за 3 месяца до начала проведения ГИА подает письменное заявление о необходимости создания для него специальных условий при проведении государственных аттестационных испытаний с указанием особенностей его психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья. К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наличие у обучающегося индивидуальных особенностей (при отсутствии указанных документов в его личном деле).

6.6 В заявлении обучающийся указывает на необходимость (отсутствие необходимости) присутствия ассистента на государственном аттестационном испытании, необходимость (отсутствие необходимости) увеличения продолжительности сдачи государственного аттестационного испытания по отношению к установленной продолжительности (для каждого государственного аттестационного испытания), в том числе проводимого в формате электронного обучения, с использованием дистанционных образовательных технологий.

VII. Порядок апелляции результатов государственной итоговой аттестации

7.1. По результатам ГИА обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменное заявление о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственной итоговой аттестации и (или) о несогласии с результатами государственной итоговой аттестации.

7.2. Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного

испытания.

7.3. Для проведения апелляций по результатам ГИА в Центре Алмазова приказом Генерального директора создается апелляционная комиссия, Апелляционная комиссия действует в течение календарного года. Апелляционная комиссия состоит из председателя и членов. В состав апелляционной комиссии включаются не менее 4 человек из числа педагогических работников, относящихся к профессорско-преподавательскому составу, и (или) научных работников Центра Алмазова, которые не входят в состав ГЭК. Председателем апелляционной комиссии является лицо, уполномоченное Генеральным директором Центра Алмазова.

7.4. Апелляция рассматривается не позднее 2 рабочих дней со дня подачи апелляции на заседании апелляционной комиссии с участием не менее половины состава апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель ГЭК и обучающийся, подавший апелляцию.

7.5. Для рассмотрения апелляции секретарь ГЭК направляет в апелляционную комиссию протокол заседания ГЭК, заключение председателя ГЭК о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена.

7.6. Решение апелляционной комиссии принимается простым большинством голосов и оформляется протоколом. При равном числе голосов председатель апелляционной комиссии обладает правом решающего голоса.

7.7. Оформленное протоколом решение апелляционной комиссии, подписанное ее председателем, доводится до сведения, подавшего апелляцию обучающегося (под подпись) в течение трех рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии.

7.8. При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственной итоговой аттестации апелляционная комиссия принимает одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции, если изложенные в ней сведения о нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося не подтвердились и/или не повлияли на результат государственного аттестационного испытания;
- об удовлетворении апелляции, если изложенные в ней сведения о допущенных нарушениях процедуры проведения государственного аттестационного испытания, обучающегося подтвердились и повлияли на результат государственного аттестационного испытания.

7.9. В случае подтверждения нарушений процедуры проведения государственного аттестационного испытания, повлиявших на результат государственного аттестационного испытания обучающегося, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание не позднее 7 дней со дня принятия положительного решения апелляционной комиссии. Повторное проведение государственного аттестационного испытания осуществляется в присутствии одного из членов апелляционной комиссии.

7.10. При рассмотрении апелляции о несогласии с результатами государственного экзамена апелляционная комиссия выносит одно из следующих решений:

- об отклонении апелляции и сохранении результата государственного экзамена;
- об удовлетворении апелляции и выставлении иного результата государственного экзамена.

Решение апелляционной комиссии не позднее следующего рабочего дня передается в ГЭК. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового. Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

7.11. Апелляция на повторное прохождение ГИА не принимается.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	РУССКИЙ ЯЗЫК И КУЛЬТУРА РЕЧИ (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология (код специальности и наименование)
Направленность	Оториноларингология (наименование направленности)
Факультет	Лечебный факультет (наименование факультета)
Кафедра	Кафедра стоматологии и челюстно-лицевой хирургии (наименование кафедры)

Форма обучения	очная
Курс	1
Занятия лекционного типа	2 час.
Занятия семинарского типа	46 час.
Всего аудиторной работы	48 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	24 час.
Форма промежуточной аттестации	Зачёт
Общая трудоемкость дисциплины	72/2(час/зач.ед.)

Рабочая программа дисциплины «Русский язык и культура речи» разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования- программой подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре специальности 31.08.58 Оториноларингология, утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации «02» февраля 2022 г. № 99 и учебным планом.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Роговая Ольга Геннадьевна	д.пед.н., профессор	Заведующий кафедрой гуманитарных наук	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Щукина Мария Алексеевна	д.п.н.	Профессор кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Великанов Арсений Апетович	к.п.н., доцент	Доцент кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа дисциплины «Русский язык и культура речи» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры гуманитарных наук «24» ноября 2022 г., протокол № 3.

Рабочая программа дисциплины «Русский язык и культура речи» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Дисциплина «Русский язык и культура речи» является неотъемлемым звеном в части формирования системы универсальных компетенций при подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины:

Формирование коммуникативной компетентности у обучающихся иностранных граждан на основе взаимосвязанного обучения аспектам языка и видам речевой деятельности для достижения уровня владения русским языком, обеспечивающего успешное освоение образовательной программы подготовки врача-специалиста.

Задачи дисциплины:

1. Формирование знаний о русском языке у иностранного гражданина в соответствии с фонетическим, морфологическим, синтаксическим минимумами первого сертификационного уровня.
2. Формирование и развитие навыков владения специальной лексикой, обязательным для активного профессионального общения, а также принципов культуры речи.
3. Формирование и развитие навыков владения ситуативно-тематическим минимумом (интенции, ситуации, разговорные темы) с учетом сферы повседневного общения и социально-культурной сферы, соответствующим общему владению русским как иностранным.
4. Формирование и развитие коммуникативных умений и навыков в соответствии с требованиями к общему владению основными видами речевой деятельности.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Русский язык и культура речи» относится к факультативной части учебного плана.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и общепрофессиональных (ОПК) компетенций:

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Разработка и реализация проектов	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности и ю	УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Знает: - ценности различных культур, нормы нравственности, морали, принятые в российском обществе и медицинском сообществе.	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ,
			Умеет: - выполнять аудирование диалогической речи, языковое оформление разных жанров, комментированное чтение - вести дискуссии и полемику	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ,
Самоорганизация и саморазвитие (в том числе здоровьесбережение)	УК-5. Способен планировать и решать задачи собственного профессионального и личностного развития, включая задачи изменения карьерной траектории	УК-5.1. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	Знает: сущность и социальную значимость будущей профессии и проявлять к ней устойчивый интерес	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ,
			Умеет: ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности - самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение - использовать информацию, необходимую для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ,

*Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	48	48
Из них:		
Занятия лекционного типа	2	2
Занятия семинарского типа	46	46
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	24	24
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	72	72
часы	72	72
зач. ед.	2	2
Из них на практическую подготовку в час.*	70	70

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование разделов дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Тема 1 Вводная лекция.	2		2	2	-
Тема 2. Аудирование	-	8	4	12	12
Тема 3. Лексика и грамматика	-	8	2	12	12
Тема 4. Говорение	-	6	4	10	10
Тема 5. Чтение	-	8	2	10	10
Тема 6. Письмо	-	8	4	12	12
Тема 7. Развитие речи	-	6	6	12	12
ИТОГО	2	10	62	72	70

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП (в час.)	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия**	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 1							
Тема 1.	Тема 1. Вводная лекция. Русский язык как язык делового общения	2	0	Основы успешной коммуникации в условиях российской языковой и социокультурной среды.	УК-4.2, УК-5.1	Мультимедийная презентация	КВ, ТЗ
Всего за ПА		2	0				

* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания*

4.4 Тематический план занятий семинарского типа – семинары

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП ** в час.	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1							
Тема 2.	Семинар-практикум	1. Аудирование	8	8	Аудирование текстов на материале тем «Спорт. Здоровый образ жизни» «Петербург и петербуржцы» «Русский язык и современная русская культура» «Актуальные проблемы современного общества»	УК-4.2, УК-5.1	КВ, ТЗ
Тема 3.	Семинар-практикум	2. Лексика и грамматика	8	8	Медицинская лексика. Корректировка индивидуальных грамматических проблем	УК-4.2, УК-5.1	КВ, ТЗ
Тема 4.	Семинар-практикум	3. Говорение	6	6	Корректировочно-тренировочные упражнения по темам «Спорт. Здоровый образ жизни» «Петербург и петербуржцы» «Русский язык и современная русская культура» «Актуальные проблемы современного общества»	УК-4.2, УК-5.1	КВ, ТЗ
Тема 5.	Семинар-	4. Чтение	8	8	Комментированное чтение текста по выбору	УК-4.2, УК-5.1	КВ, ТЗ

	практикум						
Тема 6.	Семинар-практикум	5. Письмо	8	8	Языковое оформление текста в жанре «Биография», «Анкета». Языковое оформление текста-рассуждения на материале темы «Средства связи в современном мире». Языковое оформление текста-описания, текста-повествования, текста-рассуждения на материале темы «Учеба. Работа».	УК-4.2, УК-5.1	КВ, ТЗ
Тема 7.	Семинар-практикум	6. Развитие речи	6	6	Разговорная практика по темам «Человек и общество», «Петербург и петербуржцы», «Здоровый образ жизни».	УК-4.2, УК-5.1	
Всего за ПА			70	70			

* **Формы проведения занятий семинарского типа:** семинар, семинар-практикум

****Практическая подготовка (ПП)** - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.

*** **Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, П-презентация

4.5 Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	из них на ПП ** в час.	Содержание самостоятельной работы	Перечень индикаторов достижения компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства** для текущего контроля
1.	Подготовка к занятиям (работа с источниками информации)	10	10	Тезаурус. Устный опрос.	УК-4.2, УК-5.1	П
2.	Работа с тестами и вопросами для самопроверки	4	4	Тестовые задания	УК-4.2, УК-5.1	ТЗ
3	Подготовка докладов	10	10	Презентация работ.	УК-4.2, УК-5.1	Д
Всего:		62	20			

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.*

***Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Д - доклад, П-презентация*

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии активного обучения (инновационные)

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего и промежуточного контроля:

№	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств	
		КВ	ТЗ
1	Текущий контроль	44	-
2	Промежуточный контроль	44	15
3	Контроль самостоятельной работы	-	5
ИТОГО		88	20

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, СР –самостоятельная работа (темы рефератов)

Текущий контроль знаний в процессе самостоятельной работы по освоению дисциплины

Самостоятельная внеаудиторная работа	Текущий контроль знаний
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе)	Собеседование
Работа с учебной и научной литературой	Собеседование
Ознакомление с видеоматериалами электронных ресурсов	Собеседование
Выполнение индивидуальных заданий (перевод текстов)	Проверка заданий
Работа с тестами и вопросами для самопроверки	Тестирование Собеседование
Подготовка ко всем видам контрольных испытаний	Тестирование Собеседование

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной

аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора достижения компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции или индикатора достижения компетенции
УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	КВ, ТЗ
УК-5.1. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траекто	КВ, ТЗ

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

Этапы проведения промежуточной аттестации: тестирование и контрольные вопросы.

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Примеры контрольных вопросов (компетенции УК-4.2 и УК-3)

Задание 1. Попросите друга:

- вызвать врача;
- показать, где находится аптека;
- подождать вас на улице;
- сфотографировать вас;
- принести учебник русского языка;
- помочь вам сделать упражнение.

Задание 2. Ответьте на вопросы.

Образец: - Вы уже выучили слова? – Нет, ещё не выучил, но обязательно выучу.

А)

1. Вы уже повторяли новые слова? –
2. Вы сегодня готовили ужин? –
3. Вы уже переводили текст? –
4. Вы уже пригласили друзей к себе в гости? –
5. Вы уже отправили письмо родителям? –
6. Вы принесли журнал? –

Б)

1. Когда ты была в Москве? (прошлый месяц)
2. Когда начинаются экзамены? (следующая неделя)
3. Когда родилась ваша учительница? (15, март, 1960, год)
4. Когда начинается учебный год? (сентябрь)

В)

1. Когда вы обычно встаёте?
2. Когда вы ложитесь спать?
3. Что вы едите на завтрак?
4. Какое ваше любимое блюдо?
5. Что вы делаете в выходной день?
6. В каком городе вы сейчас живёте и учитесь?

Задание 3. Замените бесприставочный глагол движения приставочным, сохраняя смысл высказывания.

1. Мы собрались в Павловск, хочешь ехать с нами?
2. Лекция закончилась, и студенты идут из аудитории.
3. На международную конференцию едут ученые из разных стран.
4. Книжный магазин недалеко от нашего института, будем идти мимо, я тебе покажу.

Задание 4. Дайте отрицательный ответ.

- 1) У вас есть красный костюм?
- 2) У твоего друга есть загородный дом?
- 3) У твоей подруги есть две белые сумки?
- 4) Ты видел в витрине магазина свадебное платье?

Задание 5. Составьте предложения из слов.

1. Опоздал, на, часа, поезд, два.
2. Сдавать, через, группы, дней, экзамен, будут, пять, студенты, нашей.
3. В, на, с, до, перерыв, часов, этом, обед, двух, магазине, трёх.

9.2. Примеры тестовых заданий (жирным шрифтом – правильный ответ)
(компетенции УК-2 и УК-3)

1. Домик Петра появился:

- А) раньше Петропавловской крепости**
- Б) позже Петропавловской крепости
- В) одновременно

2. В Домике есть:

- А) 1 комната
- Б) две комнаты
- В) три комнаты**

3. Сейчас в Домике Петра находится:

- А) музей**
- Б) жилой дом
- В) офис

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложении № 1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1. Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows
Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice
Microsoft Office Standard 2016
NETOP Vision Classroom Management Software
Программы на платформе Moodle <http://moodle.almazovcentre.ru/>,
Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России.
Acrobat Reader DC

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

Полнотекстовая база данных «ClinicalKey» (www.clinicalkey.com)

Электронная библиотека медицинской литературы BookUp (www.books-up.ru)

Федеральная служба государственной статистики (www.gks.ru)

Научная электронная библиотека <http://elibrary.ru/defaultx.asp>

Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке (www.medmir.com)

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru/>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран

(<http://www.multitrans.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ

(<https://uisrussia.msu.ru/>)

Международные руководства по медицине

(<https://www.guidelines.gov/>)

Единое окно доступа к образовательным ресурсам

(<http://window.edu.ru/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ)

(<http://www.femb.ru/feml>)

Всемирная организация здравоохранения (www.who.int/ru)

Боль и ее лечение

(www.painstudy.ru)

Российская медицинская ассоциация

(www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации

(www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

Российская государственная библиотека

(www.rsl.ru)

Национальная электронная библиотека (<https://rusneb.ru/>)

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

Основная литература:

1. Русский язык как иностранный. Знакомимся с русской фразеологией: учеб. пособие / Т. П. Чепкова — М.: ФЛИНТА, 2019. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785893495447.html>

2. Русский язык без преград = Russian made easy: учебное пособие с переводом на английский язык / О. М. Щербакова. - 3-е изд., перераб. и доп. - М.: ФЛИНТА, 2021. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785976545328.html>

3. Русский язык как иностранный: учебно-методическое пособие / Гатауллина Л. К. - Казань: Издательство КНИТУ, 2018. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785788223940.html>

Дополнительная литература:

1. Русский язык как иностранный. Русские глаголы. Формы и контекстное употребление / Шустикова Т. В. - М.: ФЛИНТА, 2017. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785893494341.html>

2. Русский язык как иностранный / С. А. Вишняков — М.: ФЛИНТА, 2016. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785893496390.html>

3. Русский язык для будущих врачей. Medical Russian (I сертификационный уровень владения РКИ в учебной и социально-профессиональной макросферах) / Куриленко В. Б. - М.: ФЛИНТА, 2017. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785976528161.html>

4. Русский язык и культура речи. Синтаксис: учебное пособие для студентов вузов / Солганик Г. Я. - М.: Аспект Пресс, 2018. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785756709865.html>

5. Русский язык: учебник / Рубцова Т. А., Тришкина Т. А. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст : электронный // URL : <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446409.html>

7.УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по дисциплине «Русский язык и культура речи» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Русский язык и культура речи» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Русский язык и культура речи» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации -

укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Русский язык и культура речи» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Русский язык и культура речи» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях.

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«РУССКИЙ ЯЗЫК И КУЛЬТУРА РЕЧИ»

Специальность ординатуры	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач- оториноларинголог»»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

**ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ**
по дисциплине «РУССКИЙ ЯЗЫК И КУЛЬТУРА РЕЧИ»

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Тема 1 Вводная лекция.	УК-4.2, УК-5.1	КВ
Тема 2. Аудирование	УК-4.2, УК-5.1	ТЗ
Тема 3. Лексика и грамматика	УК-4.2, УК-5.1	ТЗ
Тема 4. Говорение	УК-4.2, УК-5.1	КВ
Тема 5. Чтение	УК-4.2, УК-5.1	ТЗ
Тема 6. Письмо	УК-4.2, УК-5.1	ТЗ
Тема 7. Развитие речи	УК-4.2, УК-5.1	КВ

* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальная компетенция – УК-3

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-4.2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	Знает: - ценности различных культур, нормы нравственности, морали, принятые в российском обществе и медицинском сообществе.	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - выполнять аудирование диалогической речи, языковое оформление разных жанров, комментированное чтение - вести дискуссии и полемику	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
УК-5.1. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	Знает: сущность и социальную значимость будущей профессии и проявлять к ней устойчивый интерес	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
	Умеет: ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности - самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение - использовать информацию, необходимую для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в П	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Контрольные вопросы
Не зачтено	70% и менее	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает недостаточное раскрытие терминов, концепций, теорий по дисциплине. Ответ содержит ряд серьезных неточностей, выводы поверхностны или неверны. Не может привести примеры из практики. Логически непоследовательно излагает материал.
Зачтено	Более 70%	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу. Могут быть допущены недочеты в ответах на вопросы, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к педагогической деятельности, основам психологии и принципах организации процесса оказания медицинской помощи, и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный материал в объеме качества не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-4.2, УК-5.1
2 этап	Контрольные вопросы	КВ	УК-4.2, УК-5.1

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Перечень вопросов для собеседования, тестовых заданий, ситуационных задач для оценки сформированности компетенций по результатам освоения программы по дисциплине «Русский язык и культура речи»

1. Вопросы для собеседования

Раздел: Комментированное чтение

Тема 1. Комментированное чтение текстов «В магазине», «Что это?», «Альбом», «Точка зрения».

Содержание темы: Работа с текстами. Выполнение на предтекстовом этапе упражнений

на соотнесение значения слова с контекстом, на расширение лексического запаса, на опознавание и дифференциацию грамматических явлений, на прогнозирование. Выполнение на текстовом этапе упражнений на деление текстового материала на смысловые части, на выделение смысловых опор в тексте, на изложение основных мыслей текста более экономными способами. Выполнение на послетекстовом этапе упражнений на проверку понимания фактического содержания, на обучение интерпретации текста, на определение познавательной ценности прочитанного.

Тема 2. Комментированное чтение текстов «В кафе», «Как просто», «Длинная очередь».

Содержание темы: Работа с текстами. Выполнение на предтекстовом этапе упражнений на соотнесение значения слова с контекстом, на расширение лексического запаса, на опознавание и дифференциацию грамматических явлений, на прогнозирование. Выполнение на текстовом этапе упражнений на деление текстового материала на смысловые части, на выделение смысловых опор в тексте, на изложение основных мыслей текста более экономными способами. Выполнение на послетекстовом этапе упражнений на проверку понимания фактического содержания, на обучение интерпретации текста, на определение познавательной ценности прочитанного.

Тема 3. Комментированное чтение текста «Футбол и бизнес», «История любви», «Хотите пить».

Содержание темы: Работа с текстами. Выполнение на предтекстовом этапе упражнений на соотнесение значения слова с контекстом, на расширение лексического запаса, на опознавание и дифференциацию грамматических явлений, на прогнозирование. Выполнение на текстовом этапе упражнений на деление текстового материала на смысловые части, на выделение смысловых опор в тексте, на изложение основных мыслей текста более экономными способами. Выполнение на послетекстовом этапе упражнений на проверку понимания фактического содержания, на обучение интерпретации текста, на определение познавательной ценности прочитанного.

Тема 4. Комментированное чтение текста «Настоящая русская еда», «Девочка-рентген», «Найти друга трудно».

Содержание темы: Работа с текстами. Выполнение на предтекстовом этапе упражнений на соотнесение значения слова с контекстом, на расширение лексического запаса, на опознавание и дифференциацию грамматических явлений, на прогнозирование. Выполнение на текстовом этапе упражнений на деление текстового материала на смысловые части, на выделение смысловых опор в тексте, на изложение основных мыслей текста более экономными способами. Выполнение на послетекстовом этапе упражнений на проверку понимания фактического содержания, на обучение интерпретации текста, на определение познавательной ценности прочитанного.

Тема 5. Комментированное чтение текстов «Разговор по мобильному телефону», «Как лечат обезьян», «Старая сказка».

Содержание темы: Работа с текстами. Выполнение на предтекстовом этапе упражнений на соотнесение значения слова с контекстом, на расширение лексического запаса, на опознавание и дифференциацию грамматических явлений, на прогнозирование. Выполнение на текстовом этапе упражнений на деление текстового материала на смысловые части, на выделение смысловых опор в тексте, на изложение основных мыслей текста более экономными способами. Выполнение на послетекстовом этапе упражнений на проверку понимания фактического содержания, на обучение интерпретации текста, на определение познавательной ценности прочитанного.

Тема 6. Комментированное чтение текстов «Цирковой анекдот», «В больших городах», «На чем поедem?».

Содержание темы: Работа с текстами. Выполнение на предтекстовом этапе упражнений на соотнесение значения слова с контекстом, на расширение лексического запаса, на опознавание и дифференциацию грамматических явлений, на прогнозирование. Выполнение на текстовом этапе упражнений на деление текстового материала на смысловые части, на выделение смысловых опор в тексте, на изложение основных мыслей текста более экономными способами. Выполнение на послетекстовом этапе упражнений на проверку понимания фактического содержания, на обучение интерпретации текста, на определение познавательной ценности прочитанного.

Тема 7. Комментированное чтение текстов «Шехерезада», «Да и Нет»

Содержание темы: Работа с текстами. Выполнение на предтекстовом этапе упражнений на соотнесение значения слова с контекстом, на расширение лексического запаса, на опознавание

и дифференциацию грамматических явлений, на прогнозирование. Выполнение на текстовом этапе упражнений на деление текстового материала на смысловые части, на выделение смысловых опор в тексте, на изложение основных мыслей текста более экономными способами. Выполнение на послетекстовом этапе упражнений на проверку понимания фактического содержания, на обучение интерпретации текста, на определение познавательной ценности прочитанного.

Тема 8. Комментированное чтение текстов «Цветы и зеркало», «Волк и заяц».

Содержание темы: Работа с текстами. Выполнение на предтекстовом этапе упражнений на соотнесение значения слова с контекстом, на расширение лексического запаса, на опознавание и дифференциацию грамматических явлений, на прогнозирование. Выполнение на текстовом этапе упражнений на деление текстового материала на смысловые части, на выделение смысловых опор в тексте, на изложение основных мыслей текста более экономными способами. Выполнение на послетекстовом этапе упражнений на проверку понимания фактического содержания, на обучение интерпретации текста, на определение познавательной ценности прочитанного.

Тема 9. Комментированное чтение текстов «Как я встречал новый год», «Летающий дом».

Содержание темы: Работа с текстами. Выполнение на предтекстовом этапе упражнений на соотнесение значения слова с контекстом, на расширение лексического запаса, на опознавание и дифференциацию грамматических явлений, на прогнозирование. Выполнение на текстовом этапе упражнений на деление текстового материала на смысловые части, на выделение смысловых опор в тексте, на изложение основных мыслей текста более экономными способами. Выполнение на послетекстовом этапе упражнений на проверку понимания фактического содержания, на обучение интерпретации текста, на определение познавательной ценности прочитанного.

Раздел: Письмо

Тема 1. Графика. Правописание. Звуки. Буквы

Содержание темы:

Алфавит. Строчные и прописные буквы. Слоги. Выполнение упражнений на формирование и развитие графических навыков. Письмо овалов и полуовалов, длинных прямых наклонных линий, длинных/коротких наклонных линий с закруглением влево/вправо/внизу/вверху, наклонных линий с петлей внизу/вверху. Написание всех строчных и заглавных букв алфавита. Соотнесение печатных букв с прописными. Буквенные диктанты.

Тема 2. Графическое оформление слова, словосочетания, предложения, текста

Содержание темы:

Имя существительное, имя прилагательное, имя числительное, глагол, местоимение, наречие, предлог, союз, причастие, деепричастие. Типы словосочетаний: прил. + сущ.; сущ. + глагол; наречие + глагол, предлог + сущ. Выполнение письменных тренировочных языковых упражнений. Слоговые, зрительные, ритмические, словарные фразовые, интонационные диктанты. Словарные диктанты с грамматическим заданием. Письменные ответы на устные вопросы преподавателя, на вопросы из учебника.

Тема 3. Языковое оформление текста в жанре «СМС-сообщение», «Записка» Содержание темы:

Жанровые особенности СМС сообщения, записки. Лексико-грамматические средства, стилистика написания. Работа с прочитанным или прослушанным текстом на предтекстовом, текстовом и послетекстовом этапах. Выполнение упражнений на овладение правилами написания SMS-сообщения, записки: дифференциация, реконструирование, трансформация и конструирование языковых единиц. Написание текста SMS-сообщения, записки.

Тема 4. Языковое оформление текста в жанре «Дневник»

Содержание темы:

Жанровые особенности дневника. Лексико-грамматические средства, стилистика написания. Работа с прочитанным или прослушанным текстом на предтекстовом, текстовом и

послетекстовом этапах. Выполнение упражнений на овладение правилами написания дневника: дифференциация, реконструирование, трансформация и конструирование языковых единиц. Написание текста дневника.

Тема 5. Языковое оформление текста в жанре «План дня»

Содержание темы:

Жанровые особенности плана дня. Лексико-грамматические средства, стилистика написания. Работа с прочитанным или прослушанным текстом на предтекстовом, текстовом и послетекстовом этапах. Выполнение упражнений на овладение правилами написания плана дня: дифференциация, реконструирование, трансформация и конструирование языковых единиц. Написание плана дня на завтра.

Тема 6. Языковое оформление текста в жанре «Открытка»

Содержание темы:

Жанровые особенности открытки. Лексико-грамматические средства, стилистика написания. Выполнение упражнений на овладение правилами оформления открытки.

Работа с прочитанным или прослушанным текстом на предтекстовом, текстовом и послетекстовом этапах. Выполнение упражнений на овладение правилами оформления открытки: дифференциация, реконструирование, трансформация и конструирование языковых единиц. Языковое оформление открытки с поздравлениями с Днем Рождения, с Новым годом.

Тема 7. Языковое оформление текста в жанре «Биография», «Анкета»

Содержание темы:

Жанровые особенности биографии, анкеты. Лексико-грамматические средства, стилистика написания. Выполнение упражнений на овладение правилами написания биографии, оформления анкеты. Работа с прочитанным или прослушанным текстом на предтекстовом, текстовом и послетекстовом этапах. Выполнение упражнений на овладение правилами написания биографии, оформления анкеты: дифференциация, реконструирование, трансформация и конструирование языковых единиц. Написание биографии, оформление анкеты.

Тема 8. Языковое оформление текста в жанре «Микроистория»

Содержание темы:

Жанровые особенности микроистории. Лексико-грамматические средства, стилистика написания. Работа с прочитанным или прослушанным текстом на предтекстовом, текстовом и послетекстовом этапах. Выполнение языковых и речевых упражнений. Создание письменного монологического высказывания на темы «Как я покупал велосипед», «Первый экзамен по русскому языку», «Смешная история».

Тема 9. Языковое оформление текста-описания на материале темы «Города Земли»

Содержание темы:

Лексико-грамматические средства, стилистические особенности написания текста-описания. Работа с прослушанным или прочитанным текстом: выполнение упражнений на реконструкцию текста, на перефразирование, на выявление темы и идеи текста, на передачу сюжета, описание объекта. Выполнение упражнений на овладение приемами аргументации собственного мнения. Написание текста «Великий Новгород».

Тема 10. Языковое оформление текста-описания, текста-повествования, текста-рассуждения на материале темы «Путешествие»

Содержание темы:

Лексико-грамматические средства, стилистические особенности написания текста-повествования. Работа с прослушанным или прочитанным текстом: выполнение упражнений на реконструкцию текста, на перефразирование, на выявление темы и идеи текста, на передачу

сюжета, описание объекта. Выполнение упражнений на овладение приемами аргументации собственного мнения. Написание текста «Я путешествую по...».

Тема 11. Языковое оформление текста-описания, текста-повествования, текста-рассуждения на материале темы «Средства связи в современном мире»

Содержание темы:

Лексико-грамматические средства, стилистические особенности написания текста-описания, текста-повествования, текста-рассуждения по теме. Работа с прослушанным или прочитанным текстом: выполнение упражнений на реконструкцию текста, на перефразирование, на выявление темы и идеи текста, на передачу сюжета, описание объекта. Выполнение упражнений на овладение приемами аргументации собственного мнения. Написание текста «Интернет: плюсы и минусы».

Тема 12. Языковое оформление текста-описания, текста-повествования, текста-рассуждения на материале темы «Праздники»

Содержание темы:

Лексико-грамматические средства, стилистические особенности написания текста-описания, текста-повествования, текста-рассуждения по теме. Работа с прослушанным или прочитанным текстом: выполнение упражнений на реконструкцию текста, на перефразирование, на выявление темы и идеи текста, на передачу сюжета, описание объекта. Выполнение упражнений на овладение приемами аргументации собственного мнения. Написание текста «Праздники необходимы!».

Тема 13. Языковое оформление текста-описания, текста-повествования, текста-рассуждения на материале темы «Климат. Погода»

Содержание темы:

Лексико-грамматические средства, стилистические особенности написания текста-описания, текста-повествования, текста-рассуждения по теме.

Работа с прослушанным или прочитанным текстом: выполнение упражнений на реконструкцию текста, на перефразирование, на выявление темы и идеи текста, на передачу сюжета, описание объекта. Выполнение упражнений на овладение приемами аргументации собственного мнения. Написание текста «Красивое время года».

Тема 14. Языковое оформление текста-описания, текста-повествования, текста-рассуждения на материале темы «Учеба. Работа»

Содержание темы:

Лексико-грамматические средства, стилистические особенности написания текста-описания, текста-повествования, текста-рассуждения по теме.

Работа с прослушанным или прочитанным текстом: выполнение упражнений на реконструкцию текста, на перефразирование, на выявление темы и идеи текста, на передачу сюжета, описание объекта. Выполнение упражнений на овладение приемами аргументации собственного мнения. Написание текста «Учиться никогда не поздно».

Тема 15. Языковое оформление текста-описания, текста-повествования, текста-рассуждения на материале темы «Климат. Погода» (Содержание темы:

Лексико-грамматические средства, стилистические особенности написания текста-описания, текста-повествования, текста-рассуждения по теме.

Работа с прослушанным или прочитанным текстом: выполнение упражнений на реконструкцию текста, на перефразирование, на выявление темы и идеи текста, на передачу сюжета, описание объекта. Выполнение упражнений на овладение приемами аргументации собственного мнения. Написание текста «Красота и характер».

Раздел: Развитие речи

Тема 1. Разговорная практика по теме «Знакомство»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Знакомство». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Давайте познакомимся! Как Вас (тебя) зовут? Меня зовут Мария (Том). Извините! Простите! Спасибо! Пожалуйста. Не за что. Очень рад, очень приятно. Добрый день! Доброе утро! Добрый вечер! Как дела? Как настроение? Что нового? Сколько лет, сколько зим! Все в порядке. Неплохо. Все хорошо. Прекрасно. Ничего нового. Скажите, пожалуйста, ... Вы не знаете?

Интенции: вступление в коммуникацию, знакомство с кем-либо, представление себя или другого человека, приветствие, прощание, обращение к кому-либо, выражение благодарности, извинение, ответ на благодарность и извинения, выражение просьбы повторить.

Тема 2. Разговорная практика по теме «Язык, страна, национальность»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Язык, страна, национальность». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Кто Вы по национальности? Вы говорите по-русски? Ваш родной язык русский? У Вас есть семья? Какая у Вас семья? Кто Ваши родители, братья, сестры? Как их зовут? Что они делают? У Вас есть друзья? Кто они?

Интенции: постановка вопроса и сообщение о факте или событии, лице, предмете.

Тема 3. Разговорная практика по теме «Мы изучаем русский язык»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Мы изучаем русский язык». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Что вы изучаете? Как Вы изучаете русский язык? Где вы учитесь? Что вы делаете на уроке? Что делает преподаватель на уроке?

Интенции: выражение согласия или несогласия, отказ.

Тема 4. Разговорная практика по теме «Наш город»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Наш город». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: В каком городе вы живете? Какой это город? Какие там улицы и дома? Где он находится? Сколько человек живет там? Вы любите свой город?

Интенции: выражать желание, просьбу.

Тема 5. Разговорная практика по теме «Автобиография».

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Автобиография». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Где вы учитесь? Какой это университет? Что вы делаете в университете? У вас есть друзья? Кто они? Какая у вас комната? Что находится в комнате? Что стоит в центре комнаты? Слева? Справа? Что лежит на полу? Что висит на стене?

Интенции: постановка вопроса и сообщение о факте или событии, лице, предмете, о наличии или отсутствии лица, или предмета, о качестве, принадлежности предмета, о событии, действии, времени и месте действия, его причине, выражение предложения, приглашения.

Тема 6. Разговорная практика по теме «Дом, квартира»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Дом, квартира». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Что такое идеальная квартира? Как вы представляете город будущего? Где лучше жить: в городе или в деревне?

Интенции: выражение намерения, желания, просьбы, пожелания, совета.

Тема 7. Разговорная практика по теме «Мой день».

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Мой дом». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Когда начинается Ваш рабочий день? Как вы проводите свое свободное время?

Интенции: выражение разрешения или запрещения, обещания, неуверенности

Тема 8. Разговорная практика по теме «Здоровье»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Здоровье». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Как Вы себя чувствуете? Какое лекарство нужно купить?

Интенции: выражение сочувствия, сожаления.

Тема 9. Разговорная практика по теме «Внешность. Характер»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Внешность. Характер». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Какого человека вы считаете красивым? Нужно ли можно одеваться? Что такое идеальный характер?

Интенции: запрос и сообщение информации о возможности, необходимости, вероятности, невозможности осуществления действия.

Тема 10. Разговорная практика по теме «Санкт-Петербург – культурная столица России»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Санкт-Петербург – культурная столица России». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Что вы знаете о Петербурге? Почему город называется Северная Венеция?

Интенции: изменение темы (направления) беседы; привлечение внимания, просьба повторить, переспрос.

Тема 11. Разговорная практика по теме «Транспорт»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Транспорт». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Какой вид транспорта самый удобный? Сколько стоит проезд?

Интенции: напоминание, завершение беседы.

Тема 12. Разговорная практика по теме «В ресторане»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «В ресторане». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Кухня какой страны Вам нравится? Какие рестораны популярны в вашей стране?

Интенции: запрос и сообщение информации о действии, времени, месте действия.

Тема 13. Разговорная практика по теме «В магазине»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «В магазине». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Любите ли вы ходить по магазинам? Где удобнее делать покупки?

Что вам нравится в работе современных магазинов?

Интенции: просьба повторить, переспрос, выражение пожеланий.

Тема 14. Разговорная практика по теме «Кино. Театр»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Кино. Театр». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Что вы любите больше: театр или кино? Какие театры вы знаете?

Может ли кино заменить театр?

Интенции: выражение сомнения.

Тема 15. Разговорная практика по теме «Праздники. Традиции»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Праздники. Традиции». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Какие русские праздники вам известны? Какие праздники отмечают в вашей стране? Какие национальные традиции Вам нравятся?

Интенции: выражение предпочтений, осуждение.

Тема 16. Разговорная практика по теме «Погода»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Погода». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Какой климат в Санкт-Петербурге и в вашем родном городе? Когда начинаются весна, зима, лето, осень в вашем городе?

Интенции: выражение своей оценки лица, предмета, факта, действия, события.

Тема 17. Разговорная практика по теме «Россия. География. Климат. Государственное устройство» (12 часов).

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Россия. География. Климат. Государственное устройство». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Где расположена Российская Федерация? Какую территорию занимает Россия? Какие российские города вы знаете? Каково население России?

Тема 18. Разговорная практика по теме «Москва и Санкт-Петербург – две столицы»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Москва и Санкт-Петербург – две столицы». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Что вы знаете о Москве? Что вы знаете об истории Петербурга? У Вас есть любимые места в Петербурге?

Тема 19. Разговорная практика по теме «Образование в России»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Образование в России». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Сколько лет учатся в России в школе и в университете? Чем отличается обучение в России и в вашей стране?

Тема 20. Разговорная практика по теме «Свободное время. Увлечения»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Свободное время. Увлечения». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Какие способы отдыха вы знаете? Как лучше путешествовать?

Тема 21. Разговорная практика по теме «Человек и природа»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Человек и природа». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Почему нужно беречь природу? О каких экологических проблемах вы знаете?

Тема 22. Разговорная практика по теме «Человек и общество»

Содержание темы:

Семантизация лексики по теме «Человек и общество». Выполнение упражнений на базе текста, на ситуативной основе, с использованием аутентичных образцов устной монологической / диалогической речи. Тренировка коммуникативного взаимодействия обучающихся в разных ситуациях с учетом их межролевого взаимодействия.

Вопросы для обсуждения: Каких известных деятелей культуры и искусства вы знаете? Какие социальные проблемы актуальны в настоящее время?

2. Тестовые задания

Перечень заданий

Промежуточная аттестация проводится письменно, предполагает выполнение ряда заданий по изученным темам.

Образец зачетной работы «Лексика. Грамматика»

Задание 1. Напишите предложения, поставьте существительные в нужную форму. При необходимости используйте предлоги.

1. Вчера вечером (Нина) не была дома. 2. Алексей часто думает (сестра). 3. У Марины много (словарь). 4. Дмитрий пригласил (подруга) в театр. 5. Преподаватель дал (студенты) их тетради. 6. В магазине Виктор купил пять (книга). 7. Мы хотим стать (филологи). 8. На уроке студенты рассказывали (преподаватель, экскурсия).

Задание 2. Попросите друга:

- вызвать врача;
- показать, где находится аптека;
- подождать вас на улице;
- сфотографировать вас;
- принести учебник русского языка;
- помочь вам сделать упражнение.

Задание 3. Ответьте на вопросы.

Образец: - Вы уже выучили слова? – Нет, ещё не выучил, но обязательно выучу.

А)

1. Вы уже повторяли новые слова? –
2. Вы сегодня готовили ужин? –
3. Вы уже переводили текст? –
4. Вы уже пригласили друзей к себе в гости? –
5. Вы уже отправили письмо родителям? –
6. Вы принесли журнал? –

Б)

1. Когда ты была в Москве? (прошлый месяц)
2. Когда начинаются экзамены? (следующая неделя)
3. Когда родилась ваша учительница? (15, март, 1960, год)
4. Когда начинается учебный год? (сентябрь)

В)

1. Когда вы обычно встаёте?
2. Когда вы ложитесь спать?
3. Что вы едите на завтрак?
4. Какое ваше любимое блюдо?

5. Что вы делаете в выходной день?
6. В каком городе вы сейчас живёте и учитесь?

Задание 4. Замените бесприставочный глагол движения приставочным, сохраняя смысл высказывания.

1. Мы собрались в Павловск, хочешь ехать с нами?
2. Лекция закончилась, и студенты идут из аудитории.
3. На международную конференцию едут ученые из разных стран.
4. Книжный магазин недалеко от нашего института, будем идти мимо, я тебе покажу.

Задание 5. Дайте отрицательный ответ.

- 1) У вас есть красный костюм?
- 2) У твоего друга есть загородный дом?
- 3) У твоей подруги есть две белые сумки?
- 4) Ты видел в витрине магазина свадебное платье?

Задание 6. Составьте предложения из слов.

1. Опоздал, на, часа, поезд, два.
2. Сдавать, через, группы, дней, экзамен, будут, пять, студенты, нашей.
3. В, на, с, до, перерыв, часов, этом, обед, двух, магазине, трёх.

Задание 7. Вставьте вместо точек предлоги. Слова, данные в скобках, поставьте в нужном падеже.

1. В библиотеке выдают книги _____ (десять дней).
2. Поезд из Москвы пребудет _____ (20 минут).
3. Он подготовился к докладу _____ (2 часа).
4. Будет много дел _____ (праздник).
5. Мой друг приедет в гости _____ (ужин).

Образец зачетной работы Чтение.

Задание. Прочитайте текст. Выполните задания после него.

Город Санкт-Петербург начинался не только с крепости, но и с одного дома. Он называется Домик Петра Первого. До сих пор петербуржцы и гости города могут побывать в нем.

Несмотря на то что домик невелик, это была первая жилая постройка Санкт-Петербурга, уникальный памятник деревянного зодчества начала 18 века. Он напоминал голландскую постройку своими широкими окнами, крутой крышей, расписанными бревнами. Домик окружен чугунной оградой, которая была украшена двумя золотыми орлами.

Этот домик, ставший первой петербургской резиденцией Петра Первого, был сооружен в рекордно короткие сроки: с 24 мая по 26 мая 1703 г. Его срубили из сосновых бревен. Планировка была очень простой – кабинет, столовая, сени и спальня. Петр Первый периодически жил во «дворце», когда приезжал в строящийся Петербург.

Из-за климата в Петербурге деревянный домик постепенно разрушался, поэтому через некоторое время домик был защищен кирпичным футляром.

В 1930 году в домике Петра разместили историко-мемориальный музей. Во время Второй мировой войны экспонаты музея частично были спрятаны, частично вывезены. После военных повреждений домик отреставрировали и открыли для посетителей в 1944 г.

Сегодня в музее можно увидеть предметы быта петровского времени, а также личные вещи Петра Первого. Одним из главных экспонатов музея является гипсовый отпечаток руки основателя Петербурга.

1. Домик Петра появился
А) раньше Петропавловской крепости

- Б) позже Петропавловской крепости
- В) одновременно
- 2. В Домике есть
 - А) 1 комната
 - Б) две комнаты
 - В) три комнаты
- 3. Сейчас в Домике Петра находится
 - А) музей
 - Б) жилой дом
 - В) офис

Промежуточная аттестация проводится письменно на основе выполняемых студентом заданий.

Образец зачетной работы Письмо

Задание 1. Вас интересует проблема «Фастфуд: польза или вред?»

Прочитайте текст и письменно изложите все мнения, которые высказаны по этой проблеме. Напишите, с чем Вы согласны, а с чем не согласны и почему.

Современному человеку катастрофически не хватает времени, поэтому каждый из нас использует любые возможности, чтобы сэкономить время. При этом мы, как правило, не думаем о том, какие последствия будут для здоровья в результате такой экономии. Мы не обращаем внимания на многие моменты нашей жизни, в том числе, на питание. Однако правильное питание имеет большое значение для здоровья человека. Только с продуктами мы получаем необходимые витамины и микроэлементы, заряжаемся энергией и хорошим настроением.

В повседневной жизни многие уже отказались готовить еду самостоятельно, потому что есть быстрый и удобный способ пообедать или поужинать – это фастфуд. Вот некоторые интересные ответы, которые получили журналисты газеты «Метро».

Иван Николаевич, рабочий: «Я люблю еду быстрого приготовления. Она вкусная. Мне не надо тратить время на ее приготовление, поэтому я могу пообщаться с друзьями и посмотреть футбол».

Ольга, студентка: «Фастфуд – это хороший выход из ситуации, особенно для студентов. Еда недорогая и вкусная. Я часто покупаю суп или кашу в пакете, заливаю кипятком. Через несколько минут у меня готов горячий ужин. Не нужно чистить картошку, резать овощи. Быстро и удобно!».

Антон, повар: «А я против еды быстрого приготовления. Действительно, фастфуд прочно вошел в рацион питания людей. Это супы и каши в пакетиках, различные национальные блюда, такие как итальянская пицца, американский гамбургер, русские блины, восточные чебуреки и т.д. Они быстро готовятся, имеют невысокую цену. И все! Больше нет никаких положительных качеств! Данные продукты производят при высокой температуре 100-120 градусов. Они теряют не только свой натуральный аромат, но и питательную ценность. Исчезает вкус – добавляют ароматизаторы, консерванты и другое. Это все очень вредно для здоровья человека».

Игорь, мальчик 7 лет: «Я очень люблю шоколадные батончики, кока-колу, лимонад, особенно чипсы». Если бы я был моим папой или моей мамой, я всегда покупал бы эти продукты. Они сладкие и вкусные.

Нина Александровна, врач-диетолог: «Конечно, фастфуд – это удобно, но при частом употреблении фастфуда человек начинает болеть. У него развиваются серьезные заболевания»

Итак, спросите себя, нужно ли Вам экономить время и есть фастфуд?».

Образец зачетной работы Развитие речи

Промежуточная аттестация проводится в форме собеседования студента с преподавателем.

Задание 1. Примите участие в диалогах. Ответьте на реплики собеседника.

А) - Я давно уже не была на Невском проспекте.

- ...

Б) - Какие подарки вы хотели бы купить в России для своих родных и друзей?

- ...

В) - Скажите, пожалуйста, где здесь есть недорогая гостиница?

- ...

Г) - Банк не работает. Сегодня воскресенье.

- ...

Задание 2. В гостях вы познакомились с молодыми людьми, которые рассказали вам о системе образования в их стране. Расскажите и Вы о системе образования в своей стране. Вы можете рассказать: какие школы, университеты есть в Вашем городе, стране. В каком возрасте можно поступить в школу? Сколько лет нужно учиться в школе и в вузе? Как учатся и отдыхают школьники и студенты? Где занимаются студенты? Чем отличается образование в Вашей стране от образования в России?

Задание 3. Выберите одну из тем и выскажитесь по ней.

Великий писатель. Путешествие-мечта. Трудный рабочий день. Профессиональный спорт. Национальный характер. Театр и кино в жизни современного человека. История родного города.

Задание 4. Возразите или согласитесь. Аргументируйте Ваш ответ.

1. Хорошо быть студентом!
2. Лучше всего путешествовать на машине.
3. Знание иностранного языка необходимо.
4. Каждое воскресенье необходимо ездить за город.
5. Гости обычно предпочитают чай.
6. Это не Ваше место. У вас 10 ряд.

Образец зачетной работы Фонетика

Задание 1. Составьте диалоги по образцу. Интонационно оформите предложения. Укажите интонационные конструкции. Поставьте необходимые знаки препинания.

Образец: **Куда вы пошли гулять**

1. – Куда? Вы пошли гулять?

- Да, гулять.

- Но уже очень поздно.

2. - Куда вы пошли гулять?

- В парк.

А) Вчера его не было на уроке

Б) Куда ты пошла

В) Поезд приходит утром или вечером

Г) Иван всегда покупает фрукты и вино

Д) Студенты учатся первого и второго

Е) Холодно

Задание 2. Прочитайте диалоги. Поставьте знаки препинания. Объясните свой выбор интонационной конструкции.

1) Который час скажите пожалуйста

- Половина седьмого.

- Не может быть, а ваши часы идут точно

- Да точно
- Значит мои часы стоят

2) Ты вчера ходил на выставку

- Что А Куда на выставку на выставку ходил
- Понравилась
- Да конечно хочешь я схожу с тобой
- Буду очень рад

3) Прочитайте диалоги. Дайте свой вариант интонационного оформления этих диалогов.

- Привет, Николай!
- Олег? Сколько лет, сколько зим! Давно тебя не видел?
- Да, почти три года не виделись. Ну, как дела? Как жизнь? Работа?
- Все в порядке. Я уже старший менеджер! Все идет по плану.
- Отлично! Очень рад за тебя. Пойдем, выпьем кофе.
- С удовольствием! Здесь рядом есть хорошее кафе.

- Девушка, сколько стоят апельсины?
- Апельсины по 86 рублей.
- Ой! Что-то очень дорого!
- Да что вы! У меня самые дешевые фрукты!
- Ну ладно! Давайте два килограмма. Может быть, скидку сделаете?
- Никаких скидок

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Русский язык и культура речи»

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция - в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно

излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;
- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.
- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;
- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);
- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловыe вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемому, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и

исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь со смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию, формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как

теоретика и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы».

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность «среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать ряд особенных, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую

характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять, на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также

случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции, следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общезакономерность и на ее основе подлежат анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разного рода тезисными записями и

планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучаемых.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

– рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;

– методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

- Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

– заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;

– досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;

– самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, самостоятельности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой

обучающимся к данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общих и профессиональных компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

– репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

– активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

– интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

– разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

– максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

– использование бланков документов, инструктивных материалов;

– наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

– чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);

– составление плана текста;

– графическое изображение структуры текста;

– составление электронной презентации;

– конспектирование текста;

– подготовка выписок из текста;

– работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;

– научно-исследовательская работа;

– использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

– работа с конспектом лекций;

– работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);

– составление плана и тезисов ответа;

– составление таблиц для систематизации учебного материала;

– изучение нормативных материалов;

– ответы на контрольные вопросы;

– аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);

– заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;

– подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;

– подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;

– составление резюме;

– написание истории болезни;

– составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

– решение задач и упражнений по образцу;

– решение вариативных задач и упражнений;

– отработка манипуляций;

– выполнение расчетно-графических работ;

– решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;

- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовок каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

3. Составление конспектов

Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

– плановый. При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.

– тематический конспект, является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.

– текстуальный конспект, представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.

– свободный конспект, включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;

2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;

3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;

4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

– композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;

– отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;

– язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;

– аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.

2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата (читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, познакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

1) по полноте изложения:

- информативные (рефераты-конспекты);
- индикативные (рефераты-резюме);

2) по количеству реферируемых источников:

- монографические;
- обзорные;

3) по читательскому назначению:

- общие;
- ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;
- специализированные;
- ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.
2. Содержание.
3. Введение.
4. Основная часть.
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, курация больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начало до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;
- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздкие, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы — это стиль безличного монолога, лишенного эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределенно-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылкам на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объем заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объем работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объем могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объем не включаются.*

Цвет шрифта – черный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, черного цвета, одинаковым по всему объему текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нем не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела, разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела, 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается:**

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак «∅» для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например > (больше), < (меньше), = (равно), ≤ (меньше или равно), ≥ (больше или равно), ≠ (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставиться неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не умещается в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;
- перед скобками и после них: (a+b)(d+c);

Косой крест (x) в качестве знака умножения ставиться:

- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1). Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзацного отступа.

Например:

$$W=wgkc, \quad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;

k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;

c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;

– цитирование должно быть полным, без искажения смысла;

– пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

- Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);
- указы Президента РФ (в той же последовательности);
- постановления Правительства РФ (в той же очередности);
- иные нормативные правовые акты;
- иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);
- монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);
- иностранная литература;
- интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с

новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

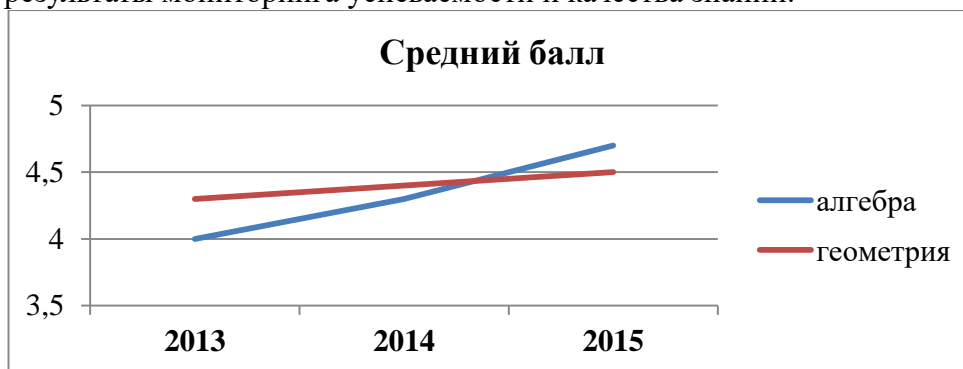


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеоларную группы пучков волокон (Рис. 5).

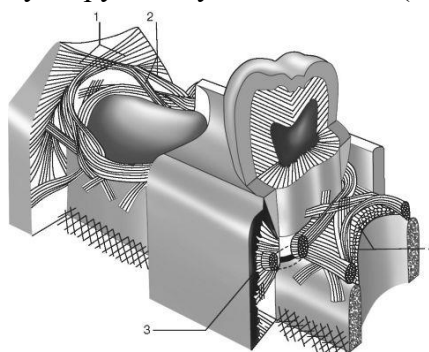


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Дисциплина	ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА <small>(наименование дисциплины)</small>
Уровень профессиональн ого образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	31.08.58 Оториноларингология <small>(код специальности и наименование)</small>
Направленность	Оториноларингология <small>(наименование)</small>
Факультет	Лечебный факультет <small>(наименование факультета)</small>
Кафедра	Кафедра психологии <small>(наименование кафедры)</small>

Форма обучения	очная
Курс	2
Занятия лекционного типа	6 час.
Занятия семинарского типа	10 час.
Всего аудиторной работы	16 час.
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	20 час.
Форма промежуточной аттестации	Зачёт
Общая трудоемкость дисциплины	36/1 (час/зач.ед.)

Рабочая программа дисциплины «Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача» составлена в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования- программой подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология, утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации «02» февраля 2022 г. № 99 и учебным планом.

СОСТАВИТЕЛИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Роговая Ольга Геннадьевна	д.п.н., профессор	Заведующий кафедрой гуманитарных наук	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Великанов Арсений Апетович	к.п.н., доцент	Доцент кафедры гуманитарных наук	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа дисциплины «Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры психологии «20» декабря 2022г., протокол № 4.

Рабочая программа дисциплины «Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «21» февраля 2023 г., протокол № 03/2023.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Дисциплина «Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача» является неотъемлемым звеном в части формирования системы универсальных компетенций при подготовке кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: изучения дисциплины «Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача» является подготовка высококвалифицированного врача, обладающего профессиональными компетенциями, необходимыми в профессиональной деятельности врача для осуществления консультативной работы с пациентами, умения провести сбор жалоб и анамнеза на первичном приёме врача, формирования контакта с пациентами и членами их семей

Задачи изучения дисциплины:

1. Освоение ординаторами знаний о современном состоянии и теоретических основах психологии общения и конфликта, её основных понятий, а также принципов организации процесса продуктивного межличностного взаимодействия в системе «врач — пациент».
2. Формирование умений в установлении психологического контакта с пациентом и построении продуктивного межличностного взаимодействия в системе «врач — пациент».
3. Формирование навыков пациент-ориентированного общения с пациентом с целью установления предварительного диагноза
4. Формирование компетенций врача в вопросах общения с пациентом, сбора жалоб и анамнеза, для использования полученных знаний в профессиональной деятельности.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача» относится к факультативной части учебного плана

Междисциплинарные и внутродисциплинарные связи:

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые дисциплиной «Педагогика».

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных компетенций (УК).

Универсальные компетенции

Наименование категории (группы) компетенции	Код и наименование универсальной компетенции	Индикаторы достижения универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Код и наименование универсальной компетенции
Коммуникация	УК-4. Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности	УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Знает: Теоретические основы психологии общения и конфликта, способы эффективного установления психологического контакта для продуктивного выявления жалоб пациента и сбора анамнеза	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, Р
			Умеет: Устанавливать продуктивный контакт с больным, выявлять жалобы, выстраивать процесс гармоничного межличностного взаимодействия в системе «врач-пациент»	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, Р
		УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Знает: Приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, Р
			Умеет: Пользоваться методами пациент-ориентированного общения с пациентом с целью установления предварительного диагноза	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, Р

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, Р - реферат

4. СОДЕРЖАНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ, СТРУКТУРИРОВАННОЕ ПО ТЕМАМ (РАЗДЕЛАМ) С УКАЗАНИЕМ ОТВЕДЕННОГО НА НИХ КОЛИЧЕСТВА АКАДЕМИЧЕСКИХ ЧАСОВ И ВИДОВ ЗАНЯТИЙ

4.1. Объем дисциплины в академических часах, выделенных на контактную работу обучающихся с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся

Вид учебной работы	Трудоемкость в академических часах	
	ВСЕГО	Курс 1
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)	16	16
Из них:		
Занятия лекционного типа	6	6
Занятия семинарского типа	10	10
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)	20	20
Промежуточная аттестация – зачет	-	-
Общая трудоемкость дисциплины	часы	72
	зач. ед.	2
Из них на практическую подготовку в час.*	30	30

**Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы*

4.2. Содержание дисциплины, структурированное по темам (разделам) с указанием отведенного на них количества академических часов и видов занятий

Наименование тем дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1					
Раздел 1. Психологические аспекты лечебного процесса.	2	-	6	8	6
Раздел 2. Психология конфликта	2	4	6	12	10
Раздел 3. Психология общения	2	6	8	16	14
ИТОГО	6	10	20	36	30

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП	Краткое содержание занятия	Перечень индикаторов достижения компетенций	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия
Курс 1						
Тема 1.	Психологические аспекты лечебного процесса.	2	-	Психологические реакции личности на заболевание; болезнь как психотравма и кризисная ситуация; система психической адаптации к заболеванию;	УК-4.1, УК-4.3	Мультимедийная презентация

				психологические особенности взаимодействия в системе «врач-пациент», модели взаимоотношений «врач — пациент» Профессионально значимые качества врача. Коммуникативная компетентность врача. Факторы, влияющие на коммуникативную компетентность. Профессиональная адаптация.		
Тема 2.	Психология конфликта	2	-	Понятие «конфликт», основные подходы к определению. Признаки конфликта. Уровни конфликтных явлений. Причины конфликтов. Основные стратегии взаимодействия в конфликтных ситуациях. Функции конфликта. Конфликтный пациент. Конструктивные стратегии поведения в конфликтных ситуациях. Разрешение конфликтов. Медиация.	УК-4.1, УК-4.3	Мультимедийная презентация
Тема 3.	Психология общения	2	-	Виды и функции общения. Особенности межличностного восприятия в процессе общения. Невербальное поведение в процессе общения. Жесты, поза, мимика, сигналы глаз, невербальные вокальные феномены. Вербальная коммуникация. Активное слушание..	УК-4.1, УК-4.3	Мультимедийная презентация
ВСЕГО		6	0			

* *Оценочные средства: КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи*

4.4. Тематический план занятий семинарского типа -

№ темы	Форма проведения занятия	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП *	Содержание темы занятия	Формируемые индикаторы компетенций	Формы и методы текущего контроля
Курс 1							
1.	Семинар	Психология конфликта.	4	4	Условия конструктивного разрешения конфликта. Факторы, способствующие конструктивному разрешению конфликта. Стратегии поведения в конфликтных ситуациях общения с пациентом. Обзор литературных источников. «Мозговой штурм». Ролевая игра. Разбор ситуаций общения с пациентом. Психологический тренинг.	УК-4.1, УК-4.3	КВ
2.	Семинар	Психология общения.	6	6	Установление психологического контакта. Компоненты общения и механизмы социальной перцепции. Факторы, влияющие на общение. Коммуникативные барьеры. Согласованность вербального и невербального сообщения. Эффективное общение в процессе сбора жалоб и анамнеза на приеме врача. Ролевая игра. Разбор ситуаций общения с пациентом. Психологический тренинг.	УК-4.1, УК-4.3	КВ
ВСЕГО			10	10			

Практическая подготовка (ПП) - форма организации образовательной деятельности при освоении образовательной программы в условиях выполнения обучающимися определенных видов работ, связанных с

будущей профессиональной деятельностью и направленных на формирование, закрепление, развитие практических навыков и компетенций по профилю соответствующей образовательной программы.
 КВ – контрольные вопросы, СЗ – ситуационные задачи

4.5. Внеаудиторная самостоятельная работа

Вид самостоятельной работы	Часы	Формируемые индикаторы Компетенций
Подготовка к аудиторным занятиям (проработка учебного материала по конспектам лекций и учебной литературе). Подготовка к ПЗ: чтение и анализ трудов отечественных и зарубежных ученых: психологов и конфликтологов, подготовка тезисов, выступлений.	10	УК-4.1, УК-4.3
Работа с тестами и вопросами для самопроверки.	10	УК-4.1, УК-4.3
ВСЕГО	20	

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Традиционные образовательные технологии
2. Дистанционные образовательные технологии, в том числе с возможностью синхронного и асинхронного взаимодействия посредством сети Интернет»
3. Информационные технологии (база с электронной библиотекой/методические материалы по дисциплине в системе MOODLE/тестирование в системе MOODLE и др.)
4. Технологии активного обучения (инновационные)
5. Технологии группового обучения
6. Технологии игрового обучения

5. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

5.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего и промежуточного контроля:

Формы контроля	Название раздела дисциплины	Общее количество оценочных средств	
		КВ	ТЗ
Текущий контроль	Раздел 1. Психологические аспекты лечебного процесса.	20	51
	Раздел 2. Психология конфликта	20	
	Раздел 3 Психология общения	20	
Промежуточная аттестация по дисциплине – зачет		60	51

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, Р – темы для рефератов

5.2. Организация текущего контроля знаний

№ п/п	Наименование темы (раздела) Дисциплины	Код контролируемого индикатора, компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Раздел 1. Психологические аспекты лечебного процесса.	УК-4.1,УК-4.3	КВ, Р
2.	Раздел 2. Психология конфликта	УК-4.1,УК-4.3	КВ, Р
3.	Раздел 3 Психология общения	УК-4.1,УК-4.3	КВ, Р

КВ – контрольные вопросы, Р – рефераты

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам для аудиторной работы и контрольным вопросам для самостоятельной работы:

Оценка	Критерии
Зачтено	В целом формулирует правильный ответ. Владеет понятийным аппаратом дисциплины. Демонстрирует знание терминов, концепций и теорий по дисциплине, устанавливает содержательные междисциплинарные связи, аргументирует выдвигаемые положения, приводит убедительные примеры, демонстрирует знание специальной литературы в рамках учебной программы. На вопросы отвечает четко, логично, по существу. Могут быть допущены недочеты в ответах на вопросы, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа или с помощью наводящих вопросов, заданных преподавателем.
Не зачтено	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины. Показывает недостаточное раскрытие терминов, концепций, теорий по дисциплине. Ответ содержит ряд серьезных неточностей, выводы поверхностны или неверны. Не может привести примеры из практики. Логически непоследовательно излагает материал.

5.3. Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет

Шкала и критерии оценивания результатов

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Защита реферата
Не зачтено	70% и менее	Тема не раскрыта. Выбор источников не соответствует теме. Требования к оформлению и структуре реферата не соблюдены.
Зачтено	Более 70%	Степень раскрытия темы достаточная. Обоснованный выбор источников. Требования к оформлению и структуре реферата соблюдены. Выводы соответствуют практической значимости.

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть) не сформирована	Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к определенной науке, отрасли или объектам, не узнает их в текстах, изображениях или схемах и не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный элемент содержания не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.

Типовые оценочные средства.

Примеры контрольных вопросов

1. Внутренняя картина болезни. Определение, структура, факторы, формирующие внутреннюю картину болезни
2. Понятие «Отношение к болезни». Психологическая характеристика типов отношения к болезни. Классификация
3. Психологические эффекты госпитализации и выписки из стационара.

4. Психологическая адаптация к болезни. Защитные механизмы психики.
5. Психологическая адаптация к болезни. Копинг-стратегии.
6. Понятие «Комплаенс». Факторы, влияющие на приверженность лечению. Методы определения уровня комплаенса.
7. COMPLAENS и методы поведенческой коррекции.
8. Профессионально значимые качества врача.
9. Коммуникативная компетентность врача. Формирование коммуникативной компетентности, её роль в межличностном взаимодействии в системе «врач — пациент».
10. Свойства личности и общение. Роль личностных характеристик в процессе взаимодействия в системе «врач — пациент».

Примеры тестовых заданий

1. Общение – это
 - A. метод в социальной психологии в системе научных знаний и жизни общества
 - B. многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми**
 - C. социально-психологическая характеристика личности
 - D. обмен информацией между общающимися индивидами
2. Информация в общении передается
 - A. с помощью невербальных сигналов
 - B. с помощью паралингвистических средств
 - C. с помощью знаковых систем
 - D. все варианты верны**
3. Невербальное общение – общение с помощью
 - A. фонетических знаков
 - B. конфликта
 - C. мимики, жестов, телесных контактов**
 - D. все ответы верны
4. Общение посредством визуальной, акустической, тактильной, ольфакторной знаковых систем — это
 - A. невербальная коммуникация**
 - B. личное общение
 - C. вербальная коммуникация
 - D. деловое общение
5. Сторона общения связана с выявлением специфики информационного обмена между людьми как активными субъектами
 - A. перцептивная
 - B. интерактивная
 - C. эмоциональная
 - D. коммуникативная**

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложении № 1* к рабочей программе.

6. ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ СРЕДЫ

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные

ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимися образовательных программ в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

6.1 Программное обеспечение, профессиональные базы данных, информационные справочные системы, ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины

1. Программное обеспечение, используемое при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Операционная система семейства Windows

Пакет OpenOffice

Пакет LibreOffice

Microsoft Office Standard 2016

NETOP Vision Classroom Management Software

Программы на платформе Moodle <http://moodle.almazovcentre.ru/>,

Образовательный портал ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России.

Acrobat Reader DC

2. Профессиональные базы данных, используемые при осуществлении образовательного процесса по дисциплине:

Электронная библиотечная система «Медицинская библиотека «MEDLIB.RU» (www.medlib.ru)

Электронная медицинская библиотека «Консультант врача» (www.rosmedlib.ru)

Полнотекстовая база данных «ClinicalKey» (www.clinicalkey.com)

Электронная библиотека медицинской литературы BookUp (www.books-up.ru)

Федеральная служба государственной статистики (www.gks.ru)

Научная электронная библиотека <http://elibrary.ru/defaultx.asp>

Обзоры мировых медицинских журналов на русском языке (www.medmir.com)

3. Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для освоения дисциплины:

Поисковые системы Google, Rambler, Yandex

(<http://www.google.ru>; <http://www.rambler.ru>; <http://www.yandex.ru>)

Мультимедийный словарь перевода слов онлайн Мультитран

(<http://www.multitran.ru/>)

Университетская информационная система РОССИЯ

(<https://uisrussia.msu.ru/>)

Международные руководства по медицине

(<https://www.guidelines.gov/>)

Единое окно доступа к образовательным ресурсам

(<http://window.edu.ru/>)

Федеральная электронная медицинская библиотека (ФЭМБ)

(<http://www.femb.ru/feml>)

Всемирная организация здравоохранения (www.who.int/ru)

Боль и ее лечение

(www.painstudy.ru)

Российская медицинская ассоциация

(www.rmj.ru)

Министерство здравоохранения Российской Федерации

(www.rosminzdrav.ru/ministry/inter)

Российская государственная библиотека
(www.rsl.ru)
Национальная электронная библиотека (<https://rusneb.ru/>)

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

Основная литература:

1. Психология общения: учебник / И. В. Островская. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455722.html>
2. Психиатрия. Основы клинической психопатологии: учебник / Цыганков Б. Д., Овсянников С. А. - 3-е изд., стер. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970458761.html>
3. Психические расстройства в подростково-юношеском возрасте / Кузюкова А. А., Рачин А. П. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970461082.html>
4. Психиатрия и медицинская психология: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457474.html>

Дополнительная литература:

1. Психология / М. А. Лукацкий, М. Е. Остренкова — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970440841.html>
2. Уход за пожилыми: основы геронтологии, геронтопсихологии и гериатрии / О. О. Заварзина — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438879.html>
3. Психосоматические расстройства / В. Д. Тополянский, М. В. Струковская — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970435830.html>
4. Психиатрия и медицинская психология: учебник / Н. Н. Иванец [и др.]. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: <https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457474.html>

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы

Методические материалы по дисциплине «Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача» для специальности 31.08.58 Оториноларингология/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» представлены в *Приложении № 2* к рабочей программе.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей

проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической и научно-исследовательской работ обучающихся, предусмотренных учебной дисциплиной.

Для проведения занятий по дисциплине «Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

Учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочей программе дисциплины (модуля). Лекционные занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий.

Учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа (практические занятия) - укомплектованы специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации. Практические занятия проводятся в соответствии с расписанием занятий на базе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

Учебная аудитория для групповых и индивидуальных консультаций - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Учебная аудитория для текущего контроля и промежуточной аттестации - укомплектована специализированной (учебной) мебелью, техническими средствами обучения, служащими для представления учебной информации.

Помещение для самостоятельной работы – укомплектовано специализированной (учебной) мебелью, оснащено компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечено доступом к электронной информационно-образовательной среде организации.

Оснащенность специальных помещений и помещений для самостоятельной работы отражена в Справке о материально-техническом обеспечении основной образовательной программы высшего образования – программы ординатуры

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.58 Оториноларингология и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования.

10. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ ДЛЯ ИНВАЛИДОВ И ЛИЦ С ОГРАНИЧЕННЫМИ ВОЗМОЖНОСТЯМИ ЗДОРОВЬЯ

Освоение дисциплины инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья при необходимости осуществляется кафедрой с использованием специальных методов обучения и дидактических материалов, составленных с учетом особенностей психофизического развития, индивидуальных возможностей и состояния здоровья таких обучающихся (обучающегося).

В целях освоения рабочей программы дисциплины «Основы онкопсихологии» инвалидами и лицами с ограниченными возможностями здоровья кафедра обеспечивает возможность беспрепятственного доступа обучающихся в учебные помещения, туалетные комнаты и другие помещения кафедры, а также пребывание в указанных помещениях. Образование обучающихся с ограниченными возможностями здоровья может быть организовано

как совместно с другими обучающимися, так и в отдельных группах или в отдельных организациях

При освоении рабочей программы дисциплины обучающимся с ограниченными возможностями здоровья предоставляются бесплатно специальные учебники и учебные пособия, иная учебная литература и специальные технические средств обучения коллективного и индивидуального пользования.

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
« ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ФОРМИРОВАНИЕ
КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА»

Специальность ординатуры	31.08.58 Оториноларингология
Направленность	Оториноларингология
Квалификация (степень) выпускника:	«Врач- оториноларинголог»
Форма обучения:	очная
Срок освоения ОПОП:	2 года

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

по дисциплине «**Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача**»

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенции:

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Психологические аспекты лечебного процесса.	УК-4.1, УК-4.3	КВ, реферат
Раздел 2. Психология конфликта	УК-4.1, УК-4.3	КВ, реферат
Раздел 3 Психология общения	УК-4.1, УК-4.3	КВ, реферат

* *Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, Р- реферат*

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате изучения дисциплины

Универсальная компетенция – УК-3

Индикаторы достижения универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-4.1. Использует знания основ психологии и способен выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия.	Знает: Теоретические основы психологии общения и конфликта, способы эффективного установления психологического контакта для продуктивного выявления жалоб пациента и сбора анамнеза	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, Р
	Умеет: Устанавливать продуктивный контакт с больным, выявлять жалобы, выстраивать процесс гармоничного межличностного взаимодействия в системе «врач-пациент»	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, Р
УК-4.3. Использует приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов.	Знает: Приемы профессионального взаимодействия с учетом социокультурных особенностей коллег и пациентов	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы в Р	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, Р
	Умеет: Пользоваться методами пациент-ориентированного общения с пациентом с целью установления предварительного диагноза	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное раскрытие темы Р	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, Р

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Критерии оценки ответов на теоретические вопросы для промежуточной аттестации

Характеристика ответа на зачете (1 вопрос)	Оценка
Обучающийся демонстрирует системность и глубину знаний по предмету, в том числе полученных при изучении основной и дополнительной литературы; точно использует научную терминологию; владеет тезаурусом дисциплины; умеет стилистически правильно излагать материал, обосновывает и аргументирует свой ответ; правильно отвечает на дополнительные вопросы преподавателя по темам, предусмотренным учебной программой, смежным с вопросами билета.	5 (зачет)
Обучающийся демонстрирует достаточную полноту знаний в объеме учебной программы, при наличии лишь несущественных неточностей в изложении содержания основных и дополнительных ответов; владеет необходимой для ответа терминологией, недостаточно полно раскрывает вопросы билета; умеет анализировать психологические явления и факты, но не всегда делает обоснованные выводы; допускает незначительные ошибки, но исправляется при наводящих вопросах преподавателя.	4 (зачет)
Обучающийся демонстрирует неглубокие, неполные знания по вопросам в рамках учебной программы; неточно использует научную терминологию; слабо владеет тезаурусом дисциплины; дает недостаточно последовательный ответ, допускает ошибки, которые не может самостоятельно исправить.	3 (зачет)
Обучающийся демонстрирует крайне фрагментарные знания в рамках учебной программы; не осознает связь данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины; не владеет минимально необходимой терминологией; допускает грубые логические ошибки, отвечая на вопросы преподавателя, которые не может исправить самостоятельно.	2 (незачет)
Обучающийся демонстрирует отсутствие знаний; не ответил или отказался отвечать на вопросы билета; не выполнил ни одного практического задания.	Менее 2-х баллов (незачет)

Критерии оценки за тестовые для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания	
	Выполнение тестовых заданий	Защита реферата
Не зачтено	70% и менее	Тема не раскрыта. Выбор источников не соответствует теме. Требования к оформлению и структуре реферата не соблюдены.
Зачтено	Более 70%	Степень раскрытия темы достаточная. Обоснованный выбор источников. Требования к оформлению и структуре реферата соблюдены. Выводы соответствуют практической значимости.

Процент правильных ответов	Оценка
от 90 % до 10%	5
от 70% до 89%	4
от 60% до 69%	3
60 %	2

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компонентов индикатора компетенции
Компетенция (часть)	Не знает основные признаки или термины изучаемого элемента содержания, их отнесенность к педагогической деятельности, основам психологии и принципах организации процесса

не сформирована	оказания медицинской помощи, и методах руководства работой команды врачей, среднего и младшего медицинского персонала. Не знает, к каким источникам нужно обращаться для более детального его усвоения.
Компетенция (часть) сформирована	Знает изученный материал в объёме качества не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего.

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-4.1, УК-4.3
2 этап	Контрольные вопросы	КВ	УК-4.1, УК-4.3

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Контрольные вопросы (КВ1) по разделу №1 «Психологические аспекты лечебного процесса». (проверяемые компетенции: УК-4.1, УК-4.3)

Инструкция. Дайте развёрнутые ответы на вопросы

Что такое «внутренняя картина» болезни?

Каковы психологические реакции личности на заболевание? Назовите возможные варианты личностных реакций.

В чём суть понятия «социальная престижность» болезни?

Что такое отношение к болезни? Каковы компоненты отношения к болезни и факторы, влияющие на формирование отношения к заболеванию?

Назовите основные типы отношения к болезни, раскройте их содержательную характеристику.

Приведите классификацию типов отношения к болезни в зависимости от направленности дезадаптации.

В чём заключается психологическое воздействие госпитализации?

Что такое комплаенс? Назовите факторы, влияющие на комплаенс.

Какие факторы способствуют повышению приверженности лечению?

Раскройте понятие психологической адаптации пациента к заболеванию. Что такое «Копинг-стратегии» и механизмы психологической защиты?

Каковы основные модели построения взаимоотношений в системе «врач — пациент»?

Назовите профессионально значимые личностные качества врача.

Что такое свойства личности? Назовите основные свойства личности, учет которых важен в процессе эффективного взаимодействия врача и пациента.

Каковы особенности психологического взаимодействия врача и пациента при лечении соматических заболеваний?

Раскройте особенности психологической характеристики тревожно-мнительных пациентов; каковы особенности психологического взаимодействия с ними?

Опишите проявления депрессивных состояний у пациентов. Каковы особенности психологического взаимодействия с пациентом, имеющим признаки депрессивного состояния?

Каковы психологические особенности формирования образа «идеального врача» в представлении пациента?

Что такое «коммуникативная компетентность» врача; каковы психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность?

Какие психологические особенности могут снижать коммуникативную компетентность врача?

Что такое «профессиональная деформация»?

Критерии оценки:

0 баллов — Отмечается отсутствие знаний; не получено ответа или получен отказ отвечать на вопросы.

1 балл — в ответе демонстрируются крайне фрагментарные знания в рамках учебной программы; не прослеживается понимание связи данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины; обучающийся не владеет минимально необходимой терминологией; допускает грубые логические ошибки, отвечая на вопросы преподавателя, которые не может исправить самостоятельно.

2 балла — в ходе ответа демонстрируются поверхностные знания по заданным вопросам; отмечается недостаточное/частичное усвоение научной терминологии; проявляется неумение анализировать материал; ответы являются неточными, обучающийся допускает существенные ошибки в раскрытии понятия; испытывает трудности при исправлении ошибок.

3 балла - демонстрируются неглубокие, неполные знания по вопросам; неточно используется научная терминология; ответ является недостаточно последовательным, обучающийся допускает ошибки, которые не может самостоятельно исправить.

4 балла - в ответе проявляется достаточная полнота знаний в объёме учебной программы, при наличии лишь несущественных неточностей в изложении содержания основных ответов; выявляется владение необходимой для ответа терминологией, однако при этом отмечается недостаточно полное раскрытие вопроса; проявляется умение анализировать психологические явления и факты, но выводы при этом недостаточно обоснованы; имеются незначительные ошибки, но они исправляются при наводящих вопросах преподавателя.

5 баллов - в процессе ответа демонстрируется системность и глубина знаний; отмечается точное, корректное использование научной терминологии; стилистически правильное изложение материала; ответ обоснован, аргументирован. Корректные ответы на дополнительные, уточняющие вопросы преподавателя по темам, предусмотренным учебной программой, смежным с контрольными вопросами.

Контрольные вопросы (КВ2) по разделу №2 «Психология конфликта».

(проверяемые компетенции: УК-4.1, УК-4.3)

Инструкция. Инструкция. Дайте развёрнутые ответы на вопросы

1. Что такое конфликт? Сформулируйте подходы к определению конфликта
2. Каковы признаки конфликта?
3. Что такое конфликтология?
4. Назовите методы исследования конфликтов.
5. Раскройте классификацию конфликтов. Какие бывают конфликты?
6. Опишите структуру внешних конфликтов.
7. Каковы возможные причины конфликта? Укажите факторы, влияющие на возникновение межличностных конфликтов.
8. Каковы функции конфликта? Укажите возможные негативные и позитивные эффекты межличностных конфликтов
9. Могут ли внутренние конфликты способствовать возникновению внешних конфликтов? Приведите примеры.
10. Прокомментируйте понятие «конфликтный пациент». Какие психологические характеристики пациента могут способствовать повышению риска возникновения конфликтных ситуаций при взаимодействии с ним?
11. Каким образом может проявляться агрессия со стороны пациента в системе межличностного взаимодействия врач — пациент? Каковы виды агрессии?
12. Каковы особенности психологического взаимодействия наличия агрессивных проявлений у партнёра в общении?
13. Каким образом врачу следует взаимодействовать с агрессивным пациентом (особенности

- беседы, сбора анамнеза, специфика вербального и невербального общения)? Раскройте особенности установления контакта и общения с «конфликтным пациентом».
14. Каковы конструктивные стратегии поведения в конфликтных ситуациях?
 15. Назовите возможные способы разрешения конфликтов.
 16. Что такое медиация?
 17. Назовите методы саморегуляции эмоционального состояния. С помощью каких способов можно предупредить возникновение эмоционального напряжения и агрессивных реакций в процессе профессионального общения?
 18. Какие конфликты могут возникать в лечебном учреждении? Каковы их возможные причины?
 19. Какие особенности поведения могут снизить интенсивность конфликта?
 20. Каковы основные принципы анализа конфликтной ситуации?

Критерии оценки:

0 баллов — Отмечается отсутствие знаний; не получено ответа или получен отказ отвечать на вопросы.

1 балл — в ответе демонстрируются крайне фрагментарные знания в рамках учебной программы; не прослеживается понимание связи данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины; обучающийся не владеет минимально необходимой терминологией; допускает грубые логические ошибки, отвечая на вопросы преподавателя, которые не может исправить самостоятельно.

2 балла — в ходе ответа демонстрируются поверхностные знания по заданным вопросам; отмечается недостаточное/частичное усвоение научной терминологии; проявляется неумение анализировать материал; ответы являются неточными, обучающийся допускает существенные ошибки в раскрытии понятия; испытывает трудности при исправлении ошибок.

3 балла - демонстрируются неглубокие, неполные знания по вопросам; неточно используется научная терминология; ответ является недостаточно последовательным, обучающийся допускает ошибки, которые не может самостоятельно исправить.

4 балла - в ответе проявляется достаточная полнота знаний в объёме учебной программы, при наличии лишь несущественных неточностей в изложении содержания основных ответов; выявляется владение необходимой для ответа терминологией, однако при этом отмечается недостаточно полное раскрытие вопроса; проявляется умение анализировать психологические явления и факты, но выводы при этом недостаточно обоснованы; имеются незначительные ошибки, но они исправляются при наводящих вопросах преподавателя.

5 баллов - в процессе ответа демонстрируется системность и глубина знаний; отмечается точное, корректное использование научной терминологии; стилистически правильное изложение материала; ответ обоснован, аргументирован. Корректные ответы на дополнительные, уточняющие вопросы преподавателя по темам, предусмотренным учебной программой, смежным с контрольными вопросами.

Контрольные вопросы (КВЗ) по разделу №3 «Психология общения».

(проверяемые компетенции: УК-4.1, УК-4.3)

Инструкция. Дайте развёрнутые ответы на вопросы

1. Что такое общение? Сформулируйте психологическое определение
2. Назовите виды общения
3. Назовите функции общения
4. Перечислите факторы, способствующие эффективному установлению контакта.
5. Что такое «межличностная дистанция»? Назовите варианты межличностной дистанции.
6. Какую роль играет взаимное расположение собеседников в процессе общения? Как различные варианты взаимного расположения влияют на процесс межличностного взаимодействия?

7. Назовите основные компоненты невербальной коммуникации.
8. Что такое «паралингвистические компоненты общения»?
9. Что такое активное слушание? В чем заключается активное слушание?
10. Какие факторы могут препятствовать активному слушанию?
11. Как проявляются проекции и контрпроекции в отношениях «врач-пациент»?
12. Расскажите об основных аспектах поведения направленного на установление контакта с пациентом на первичном приеме врача.
13. Каковы особенности корректного расспроса пациента на первичном приеме врача?
14. Опишите условия выстраивания позитивных отношений в процессе общения.
15. Опишите основные механизмы социальной перцепции.
16. Какие факторы влияют на процесс общения?
17. Что такое «Коммуникативные барьеры»?
18. Назовите виды вопросов, которые могут применяться в процессе беседы с пациентом: с помощью каких вопросов можно выявить особенности актуального психоэмоционального состояния пациента?
19. С помощью каких методов врач может определять психологические (личностные) особенности пациента?
20. Что такое аргументация? Какова роль аргументации в процессе взаимодействия врача и пациента?

Критерии оценки:

0 баллов — Отмечается отсутствие знаний; не получено ответа или получен отказ отвечать на вопросы.

1 балл — в ответе демонстрируются крайне фрагментарные знания в рамках учебной программы; не прослеживается понимание связи данного понятия, теории, явления с другими объектами дисциплины; обучающийся не владеет минимально необходимой терминологией; допускает грубые логические ошибки, отвечая на вопросы преподавателя, которые не может исправить самостоятельно.

2 балла — в ходе ответа демонстрируются поверхностные знания по заданным вопросам; отмечается недостаточное/частичное усвоение научной терминологии; проявляется неумение анализировать материал; ответы являются неточными, обучающийся допускает существенные ошибки в раскрытии понятия; испытывает трудности при исправлении ошибок.

3 балла - демонстрируются неглубокие, неполные знания по вопросам; неточно используется научная терминология; ответ является недостаточно последовательным, обучающийся допускает ошибки, которые не может самостоятельно исправить.

4 балла - в ответе проявляется достаточная полнота знаний в объеме учебной программы, при наличии лишь несущественных неточностей в изложении содержания основных ответов; выявляется владение необходимой для ответа терминологией, однако при этом отмечается недостаточно полное раскрытие вопроса; проявляется умение анализировать психологические явления и факты, но выводы при этом недостаточно обоснованы; имеются незначительные ошибки, но они исправляются при наводящих вопросах преподавателя.

5 баллов - в процессе ответа демонстрируется системность и глубина знаний; отмечается точное, корректное использование научной терминологии; стилистически правильное изложение материала; ответ обоснован, аргументирован. Корректные ответы на дополнительные, уточняющие вопросы преподавателя по темам, предусмотренным учебной программой, смежным с контрольными вопросами.

1. Темы сообщений (рефератов) для контроля самостоятельной работы

1. Основы психосоматики. Основные психосоматические концепции
2. Психотерапия в системе лечебных мероприятий для пациентов с соматическими заболеваниями
3. Ятрогении: понятие, классификация, характеристика

4. Психологические аспекты сообщения диагноза
5. Психологические механизмы формирования симпатии в процессе общения. Межличностная аттракция.
6. Эмоциональное выгорание медицинских работников: особенности, причины, профилактика
7. Психологические факторы успешности профессионального общения
8. Методы развития коммуникативных навыков
9. Психологические аспекты взаимоотношений с коллегами. Моббинг и буллинг.
10. Медиация как технология работы с конфликтными ситуациями. История медиации.
11. Агрессия как психологический феномен. Теории агрессии
12. Теории возникновения конфликтов.
13. Убеждение и аргументация. Правила эффективной аргументации
14. Методы коррекции эмоционально-негативных состояний у пациентов в условиях стационарного лечения
15. Психологические особенности восприятия партнера в процессе общения. Каузальная атрибуция
16. Психотерапевтическое общение. Особенности беседы с пациентом в целях снижения интенсивности эмоционально-негативных переживаний.
17. Теоретические и организационные основы психологических тренингов общения
18. Особенности проявлений эмоционально-негативных состояний (тревога, депрессия, астения, эмоциональное напряжение) в общении.

Критерии оценки:

0 баллов – тема не раскрыта, оформление является небрежным, источники не указаны;

1 балл – тема раскрыта не полностью, оформление небрежное, материал представлен фрагментарно, непоследовательно.

2 балла - тема раскрыта не полностью, материал представлен недостаточно последовательно; иллюстративный материал не используется, либо представлен некорректно;

3 балла - тема раскрыта полностью, материал представлен последовательно, используемый иллюстративный материал характеризуется недостаточной наглядностью;

4 балла - тема раскрыта полностью, изложение материала является логичным, последовательным, представлен иллюстративный материал;

5 баллов - тема раскрыта полностью, оформление соответствует требованиям, иллюстративный материал представлен корректно, продемонстрировано глубокое понимание темы, работа является хорошо структурированной, информативной; информация изложена последовательно, логично, ясно, чётко.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

1. Контрольные вопросы (проверяемые компетенции: УК-4.1, УК-4.3)

Инструкция. Дайте развёрнутые ответы на вопросы

1. Внутренняя картина болезни. Определение, структура, факторы, формирующие внутреннюю картину болезни
2. Понятие «Отношение к болезни». Психологическая характеристика типов отношения к болезни. Классификация
3. Психологические эффекты госпитализации и выписки из стационара.
4. Психологическая адаптация к болезни. Защитные механизмы психики.
5. Психологическая адаптация к болезни. Копинг-стратегии.
6. Понятие «Комплаенс». Факторы, влияющие на приверженность лечению. Методы определения уровня комплаенса.
7. COMPLAENS и методы поведенческой коррекции.

8. Профессионально значимые качества врача.
9. Коммуникативная компетентность врача. Формирование коммуникативной компетентности, её роль в межличностном взаимодействии в системе «врач — пациент».
10. Свойства личности и общение. Роль личностных характеристик в процессе взаимодействия в системе «врач — пациент».
11. Соотношение понятий «Социальная психология», «Конфликтология», «Психология конфликта».
12. Понятий «конфликт». Определение, классификация конфликтов.
13. Факторы, способствующие возникновению конфликтных ситуаций в системе взаимодействия «врач — пациент».
14. Внутренние конфликты. Влияние внутриличностных конфликтов на поведение и межличностное взаимодействие.
15. Конфликтология как область науки.
16. Агрессия, виды агрессии.
17. Методы исследования агрессии.
18. Стратегии поведения в конфликтных ситуациях
19. Особенности психологического взаимодействия врача с пациентом, проявляющим конфликтное поведение
20. Анализ конфликта и конфликтной ситуации. Основные принципы
21. Управление конфликтами. Основные подходы к эффективному разрешению конфликтов.
22. Конфликт и общение. Особенности поведенческих проявлений, способствующих снижению интенсивности конфликта. Поведенческие реакции, способствующие усилению конфликта.
23. Понятие «Общение» в психологии. Виды, функции общения.
24. Особенности общения врача с пациентом при наличии тревожного и/или депрессивного состояния
25. Методы саморегуляции эмоциональных состояний.
26. Виды психологического влияния в процессе межличностного взаимодействия.
27. Разрешение межличностных конфликтов. Медиация.
28. Общение и аргументация. Особенности врача с пациентом, проявляющим анозогнозический тип отношения к болезни.
29. Вербальное и невербальное общение. Параметры невербальной коммуникации.
30. Общение и межличностная дистанция
31. Невербальные вокальные феномены
32. Вербальные сигналы, располагающие к контакту.
33. Активное слушание. Рефлексивное и нерефлексивное слушание.
34. Психодинамический аспект взаимоотношений врача и пациента. Перенос. Проекция и контрпроекция.
35. Компоненты и механизмы социальной перцепции
36. Эффекты межличностного восприятия в процессе взаимодействия в системе «врач — пациент».
37. Индивидуально-психологические особенности и общение: темперамент и особенности межличностного взаимодействия.
38. Индивидуально-психологические особенности и общение: характер и особенности межличностного взаимодействия.
39. Коммуникативные барьеры
40. Расспрос пациента и установление контакта на первичном приеме врача.

2. Тестовые задания для итогового контроля

(проверяемые компетенции: УК-4.1, УК-4.3)

Инструкция:

Выберите правильный вариант ответа в каждом пункте.

1. Общение – это
 - A. метод в социальной психологии в системе научных знаний и жизни общества
 - B. многоплановый процесс установления и развития контактов между людьми
 - C. социально-психологическая характеристика личности
 - D. обмен информацией между общающимися индивидами

2. Информация в общении передается
 - A. с помощью невербальных сигналов
 - B. с помощью паралингвистических средств
 - C. с помощью знаковых систем
 - D. все варианты верны

3. Невербальное общение – общение с помощью
 - A. фонетических знаков
 - B. конфликта
 - C. мимики, жестов, телесных контактов
 - D. все ответы верны

4. Общение посредством визуальной, акустической, тактильной, ольфакторной знаковых систем — это
 - A. невербальная коммуникация
 - B. личное общение
 - C. вербальная коммуникация
 - D. деловое общение

5. Сторона общения связана с выявлением специфики информационного обмена между людьми как активными субъектами
 - A. перцептивная
 - B. интерактивная
 - C. эмоциональная
 - D. коммуникативная

6. В визуальную систему общения входят
 1. жесты, пожатие рук, мимика, позы, контакт глазами
 2. включение в речь пауз, окашливания, смеха, плача, темп речи
 3. жесты, мимика, позы, контакт глазами, пространственно-временная организация общения
 4. контакт глазами, вербальное приветствие, позы, мимика

7. Осознание человеком того, как он воспринимается партнером по общению, называется
 1. эмпатией
 2. идентификацией
 3. интроверсией
 4. рефлексией

8. Сторона общения, связанная с непосредственной организацией совместной деятельности людей, их взаимодействие:
 - A. перцептивная
 - B. когнитивная
 - C. интерактивная

D. коммуникативная

9. Сопереживание, вчувствование, стремление эмоционально откликнуться на проблемы другого человека, называется

- A. эмпатией
- B. рефлексией
- C. экстраверсией
- D. идентификацией

10. Сторона общения связана с восприятием и пониманием и оценкой людьми социальных объектов, прежде всего самих себя и других людей

- A. эмоциональная
- B. перцептивная
- C. интерактивная
- D. коммуникативная

11. Невербальная коммуникация включает в себя все нижеследующие системы, за исключением

- A. эффектов восприятия
- B. визуального контакта
- C. организации пространства и времени
- D. пара- и экстралингвистической

12. Коммуникация — это

- A. организация взаимодействия между общающимися индивидами
- B. процесс восприятия и познания друг друга партнерами по общению
- C. процесс установления и развития контактов между людьми
- D. обмен информацией между общающимися индивидами

13. Коммуникативная компетенция врача снижается под действием следующих свойств

- A. эмпатия
- B. сенситивность
- C. повышенная тревожность
- D. уверенность поведения

14. Сокращение психологической дистанции с больным допустимо

- A. в ситуации, когда возникает угроза жизни больного
- B. при наличии взаимной симпатии между врачом и пациентом
- C. во взаимоотношениях с агрессивными пациентами
- D. при длительном общении с пациентом

15. Первое впечатление больного о враче

- A. формируется в течении первой встречи врача и больного
- B. складывается постепенно, по мере того как они лучше узнают друг друга
- C. складывается впервые 18 секунд знакомства
- D. неустойчиво и быстро изменяется под влиянием других впечатлений

16. Ощущение психологического контакта дает элемент невербального общения

- A. жест приветствия
- B. кивок головой
- C. поворот корпуса тела и головы в сторону больного
- D. взгляд глаза в глаза

17. В профессиональном общении врача с больным предпочтительны позы

1. естественные симметричные
 2. симметричные
 3. естественные ассиметричные закрытые
 4. естественные ассиметричные открытые
18. В процессе фазы ориентации врач
- A. решает, какие лабораторные обследования стоит назначить больному
 - B. формулирует ряд гипотез, наблюдает невербальное поведение больного
 - C. ставит диагноз
 - D. дает рекомендации
19. Коммуникативный барьер, который может возникать, когда врач и пациент говорят быстро и невыразительно или на разных языках и диалектах, имеют дефекты речи и дикции называется
- A. стилистический
 - B. логический
 - C. фонетический
 - D. барьер отношений
20. Проекция – это
- A. приписывание больным врачу собственных негативных черт
 - B. проецирование в ситуации взаимоотношения с врачом наиболее значимых психических травм детства
 - C. перенос больным на врача прошлого опыта взаимоотношения со значимыми людьми
 - D. перенос больным на врача фантазий и мечтаний
21. Эффект «плацебо» - это
- A. эффективность фармакологически нейтральных «лекарственных форм»
 - B. отсутствие ожидаемого действия лекарственного препарата
 - C. появление противоположенного ожидаемому действию лекарственного препарата
 - D. усиление ожидаемого действия лекарственного препарата
22. Поведение агравации характеризуется
- A. сознательным изображением симптомов болезни
 - B. преуменьшением симптомов болезни
 - C. неосознанием симптомов болезни
 - D. преувеличением симптомов болезни
23. В процессе фазы аргументации врач имеет основания для
- A. постановки предварительного диагноза
 - B. определения прогноза
 - C. постановки диагноза
 - D. сообщения диагноза и прогноза больному
24. В структуре внутренней картины болезни выделяют следующие основные компоненты
- A. сенситивный и эмоциональный
 - B. алгический, эмоциональный, рациональный и мотивационный
 - C. сенситивный, эмоциональный, рациональный и мотивационный
 - D. эмоциональный, рациональный и мотивационный
25. Диссимуляция – это
- A. сознательное изображение симптомов болезни
 - B. сознательное преуменьшение симптомов болезни

- C. сознательное сокрытие симптомов болезни
- D. сознательное преувеличение симптомов болезни

26. Врач как больной – это

- A. такой же, как и все остальные пациенты
- B. благодарный пациент, облегчающий труд лечащего врача
- C. самый «типичный» больной
- D. самый «трудный» и «нетипичный» больной

27. Коммуникативный барьер, который может возникать, при несоответствии речи врача ситуации общения, например, при его фамильярном поведении, когда он всех пациентов старше определенного возраста называет «бабуля» и «дедуля»

- A. барьер отношений
- B. логический
- C. стилистический
- D. фонетический

28. Способ понимания другого человека, уподобление ему, отождествление с ним себя – это

- A. идентификация
- B. эмпатия
- C. рефлексия
- D. конфлюэнция

29. Синонимом понятия «конформизм» является термин

- A. приспособленчество
- B. подчиненность
- C. зависимость
- D. ведомость

30. Пассивное согласие с порядком вещей, с мнениями и взглядами, которые существуют в определенном обществе, где находится человек - это

- A. нон-конформизм
- B. зависимость
- C. подчиненность
- D. конформизм

31. Нон-конформизм - это

- A. отсутствие собственной позиции, беспринципное и некритическое следование любому образцу
- B. устойчивость к групповому давлению, сознательное самоопределение человека в группе
- C. подчинение обладающему наибольшей силой давления
- D. полное отрицание группы, ее норм и мнений

32. Определите эффект социального восприятия: более новая информация оказывается самой значительной.

- A. эффект ореола
- B. эффект стереотипизации
- C. эффект новизны
- D. эффект первичности

33. Выберите стратегию выхода из конфликтной ситуации: поиск решения, удовлетворяющий интересы двух сторон – это

- A. компромисс

- В. избегание
- С. приспособление
- Д. сотрудничество

34. Выберите стратегию выхода из конфликтной ситуации: стремление выйти из конфликта, не решая его – это

- А. сотрудничество
- В. компромисс
- С. соперничество
- Д. избегание

35. Согласно «теории черт» лидером является

- А. человек с более высоким уровнем активности, участия, влияния в решении данной задачи, чем у других членов группы
- В. человек, управляющий процессом организации межличностных отношений в группе
- С. человек, который обладает определенным набором личностных качеств
- Д. человек с ярко выраженными ораторскими способностями

36. Формула конфликта выглядит так: «конфликт = конфликтная ситуация + ...»

- А. индивид
- В. субъект
- С. реципиент
- Д. инцидент

37. Область исследований, связанных с выявлением механизмов образования различных эмоциональных отношений к воспринимаемому человеку, получила название исследования

- А. аттракции
- В. перцепции
- С. интеракции
- Д. рефлексии

38. Общение как взаимодействие представляет собой одну из следующих сторон деятельности:

- А. коммуникативную
- В. перцептивную
- С. интерактивную
- Д. все ответы верны

39. Процесс восприятия и познания друг друга партнерами по общению в структуре общения представлен следующей стороной общения

- А. перцептивной
- В. коммуникативной
- С. интерактивной
- Д. когнитивной

40. Невербальная коммуникация включает в себя

- А. мимику
- В. жесты
- С. диапазон голоса
- Д. все ответы верны

41. К механизмам социальной перцепции относятся

- А. идентификация
- В. аттракция
- С. стереотипизация

- D. все ответы верны
42. Качество голоса, его диапазон, тональность – это
- A. проксемика
 - B. паралингвистика
 - C. кинесика
 - D. аттракция
43. Метод исследования, предполагающий, что человек отвечает на ряд задаваемых ему вопросов
- A. тестирование
 - B. манипуляция
 - C. опрос
 - D. эксперимент
44. Какой термин в социальную психологию ввел Э. Холл при изучении пространственной организации общения
- A. проксемика
 - B. кинесика
 - C. кинология
 - D. просодика
45. К вербальным средствам коммуникации не относится
- A. письменная речь
 - B. речь, записанная на магнитофонную пленку
 - C. мимика
 - D. устная речь
46. К основным механизмам восприятия и понимания в процессе общения не относится
- A. эмпатия
 - B. аргументация
 - C. идентификация
 - D. рефлексия
47. Коммуникативные барьеры отношений возникают, если
- A. из-за профессиональных различий
 - B. из-за употребления сленговых выражений
 - C. из-за того, что партнёры принадлежат к различным социальным группам
 - D. все варианты верны
48. Конфликты, при которых разрушаются межличностные связи, снижается эффективность работы, а решение проблемы становится невозможным – это
- A. конструктивные конфликты
 - B. позитивные конфликты
 - C. деструктивные конфликты
 - D. межличностные конфликты
49. Рефлексия - это
- A. механизм интерпретации поступков и чувств другого человека
 - B. механизм самопознания в процессе общения, в основе которого лежит способность человека представлять то, как он воспринимается партнером по общению
 - C. стремление к выяснению причин поведения субъекта
 - D. форма познания другого человека, основанная на формировании устойчивого

позитивного чувства к нему

50. Оптико-кинестетическая система знаков включает в себя
- A. жесты, мимику, пантомимику
 - B. качество голоса, его диапазон, тональность
 - C. организацию пространства и времени общения
 - D. все ответы верны
51. Социальная перцепция – это
- A. процесс, включающий в себя выработку единой стратегии взаимодействия
 - B. речь, которая дополняется не только экспрессивными реакциями поведения, но и его семантикой
 - C. эмоциональная включенность в процесс социального взаимодействия
 - D. восприятие внешних признаков человека, соотнесение их с его личностными характеристиками, интерпретацию и прогнозирование на этой основе его поступков

Правильные ответы на тестовые задания промежуточной аттестации

№ ТЗ	Эталон ответа		№ ТЗ	Эталон ответа
1	B		26	D
2	D		27	C
3	C		28	A
4	A		29	A
5	D		30	D
6	C		31	B
7	D		32	D
8	C		33	D
9	A		34	D
10	B		35	C
11	A		36	D
12	D		37	A
13	C		38	D
14	A		39	A
15	C		40	D
16	D		41	D
17	D		42	B
18	B		43	C
19	C		44	A
20	C		45	C
21	A		46	B
22	D		47	D
23	A		48	C
24	C		49	B
25	C		50	A
			51	D

Критерии оценки:

49 — 51 правильных ответов — отлично (5)

43 — 48 правильных ответов — хорошо (4)

35 — 42 правильных ответов — удовлетворительно (3)

менее 35 правильных ответов — неудовлетворительно (2)

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

**по дисциплине «Основы психологии в клинической практике
и формирование коммуникативной компетентности врача»**

ординатура по специальности **31.08.58 Оториноларингология**
направленность **Оториноларингология**

Очная форма обучения

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
3	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
3.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
3.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (с Приложением образцов)

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ ЛЕКЦИОННОГО ТИПА

Введение

Занятие лекционного типа является одной из основных системообразующих форм организации учебного процесса. Лекция представляет собой систематическое, последовательное, монологическое изложение преподавателем - лектором учебного материала, как правило, теоретического характера. Такое занятие представляет собой элемент технологии представления учебного материала путем логически стройного, систематически последовательного и ясного изложения.

Лекция требует порой от лектора особого физического, умственного и душевного напряжения, энтузиазма. Заурядно прочитанная лекция никогда не вызовет оживления аудитории и, как правило, никогда не достигнет своей цели и будет забыта сразу же после своего прочтения. Аналогичными могут быть последствия и для лекции, автор которой не покажет высокого уровня знаний и профессионализм, не сумеет обосновать актуальности и необходимости учебного материала для практики.

Лекция - в переводе с латинского означает чтение, систематическое, последовательное изложение учебного материала, какого-либо вопроса, темы, раздела, предмета, методов науки. В общих чертах лекцию иногда определяют как полутора-двухчасовое систематизированное изложение важных проблем науки посредством живой и хорошо организованной речи.

Лекция составляет основу теоретического обучения и должна давать систематизированные основы научных знаний по дисциплине, раскрывать состояние и перспективы развития соответствующей области науки и техники, концентрировать внимание обучающихся на наиболее сложных и узловых вопросах, стимулировать их активную познавательную деятельность и способствовать формированию творческого мышления.

Цель лекции – организация целенаправленной познавательной деятельности обучающихся по овладению программным материалом учебной дисциплины. Чтение курса лекций позволяет дать связанное, последовательное изложение материала в соответствии с новейшими данными науки, сообщить слушателям основное содержание предмета в целостном, систематизированном виде.

Преподавание учебных дисциплин и междисциплинарных курсов осуществляется в соответствии с ФГОС ВО и учебным планом.

Ведущим методом в лекции выступает устное изложение учебного материала, с использованием мультимедийной и электронно-вычислительной техники, схем, плакатов и др.

Лекции читаются заведующим кафедрой, профессорами и доцентами.

Квалификация преподавателя высшей школы в значительной мере определяется тем, насколько содержательно и мастерски читает он лекции. Обычно выделяют следующие основные элементы лекторского мастерства, которые делают его эффективным средством обучения и воспитания в вузе:

- научность, содержательность;
- связь теории с практикой;
- систематичность, последовательность и доступность обучения;
- умение достигать наибольшей взаимной связи с аудиторией, создание атмосферы сопереживания;
- воздействие личности лектора на аудиторию;
- умение организовывать самостоятельную работу обучающихся, возбудить интерес к работе с книгой, использованию электронной библиотеки и Интернет-ресурсов.

Лекция должна иметь четкую структуру и логику раскрытия последовательно

излагаемых вопросов, необходимую идейно-теоретическую направленность, твердый теоретический и методический «стержень», законченный характер освещения определенной темы (или проблемы), тесную увязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточное количество ярких и убедительных примеров, фактов, обоснований;
- проблемной, раскрывать противоречия и указывать пути их решения, ставить перед обучающимися вопросы для размышления.
- наглядной, сочетаться по возможности с демонстрацией аудиовизуальных материалов, макетов, моделей, образцов и т.д.

Не стоит забывать, что использование мультимедийной техники, компьютера с выходом в Интернет не способны заменить живой речи преподавателя.

В какой бы форме лекция не преподносилась, все же педагог с его методическими приемами доведения учебного материала будет по-прежнему оставаться центральной фигурой занятия, а умелое и рациональное использование им средств наглядности будет одним из ярких признаков мастерства наглядным и доступным для данной аудитории. Кроме этого, лекция должна:

- обладать внутренней убежденностью, силой логической аргументации и вызывать у обучающихся необходимый интерес познания, давать направления для самостоятельной работы обучающихся;
- отражать методическую обработку материала (выделение главных мыслей и положений, подчеркивание выводов, повторение их в различных формулировках);
- должна излагаться четким и ясным языком, содержать разъяснение всех вновь вводимых терминов и понятий.

Структура лекции

Лекция состоит из трех основных частей: вступительной, основной и заключительной.

Вступительная часть определяет название темы, план и цель лекции. Она призвана заинтересовать и настроить аудиторию. В этой части лекции преподавателем излагается актуальность, основная идея, связь данной лекции с предыдущими занятиями, ее основные вопросы. Введение должно быть кратким и целенаправленным.

В **основной** части лекции реализуется научное содержание темы, все главные узловые вопросы, проводится вся система доказательств с использованием наиболее целесообразных методических приемов. Каждый учебный вопрос заканчивается краткими выводами, логически подводящими обучающихся к следующему вопросу лекции.

Заключительная часть имеет целью обобщать в кратких формулировках основные идеи лекции, логически завершая ее как целостное творение.

Каждая из структурных частей лекции чрезвычайно важна в доведении материала обучаемым, и сравнивать их по приоритетности просто некорректно. У каждой из них своя цель, специфика, временные рамки, особенности и сложности.

Лекция по своему структурному построению должна придерживаться данных общих правил. Однако отдельные виды лекций все же могут иметь свои особенности как по содержанию, так и по структуре, которые необходимо учитывать в последующем при составлении их планов.

Основные функции и виды лекции

Лекции присущи три основные педагогические функции, которые определяют ее возможности в учебном процессе: познавательная, развивающая и организующая.

Познавательная функция выражается в возможности средствами лекции обеспечить слушателей основной научной информацией, необходимой для их профессиональной и

исследовательской деятельности.

Развивающая функция лекции реализуется в непосредственном контакте обучающегося с преподавателем, становлении у обучающихся творческой мыслительной деятельности, обеспечивающей их профессионально-личностное развитие.

Организирующая функция предусматривает управление самостоятельной работой обучающихся, как в процессе занятия, так и во внеаудиторное время.

Выделяют четыре основных вида лекций применяемые для передачи теоретического материала: вводная, информационная, заключительная и обзорная.

Вводная лекция – один из наиболее важных и трудных видов лекции при чтении систематических курсов. От успеха этой лекции во многом зависит успех усвоения всего курса. Она может содержать:

- определение учебной дисциплины;
- краткую историческую справку о дисциплине;
- цели и задачи дисциплины, её роль в общей системе обучения и связь со смежными дисциплинами;
- основные проблемы (понятия и определения) данной науки;
- основную и дополнительную учебную литературу;
- особенности самостоятельной работы обучающихся над учебной дисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Это самый традиционный тип лекций в практике высшей школы.

Заключительная лекция предназначена для обобщения полученных знаний и раскрытия перспектив дальнейшего развития данной науки.

Обзорная лекция — это систематизация научных знаний на высоком уровне, допускающая большое число ассоциативных связей в процессе осмысления информации, излагаемой при раскрытии внутри предметной и меж предметной связей, исключая детализацию и конкретизацию. Как правило, стержень излагаемых теоретических положений составляет научно-понятийная и концептуальная основа всего курса или крупных его разделов.

В зависимости от предмета изучаемой дисциплины и дидактических целей могут быть использованы в учебном процессе проблемная лекция, лекция-визуализация, лекция-пресс-конференция, лекция с заранее запланированными ошибками, лекция вдвоем и др.

На **проблемной лекции** новое знание вводится через проблемность вопроса, задачи или ситуации. При этом процесс познания обучающихся в сотрудничестве и диалоге с преподавателем приближается к исследовательской деятельности. Содержание проблемы раскрывается путем организации поиска ее решения или суммирования и анализа традиционных и современных точек зрения.

Лекция-визуализация представляет собой визуальную форму подачи лекционного материала с использованием технических средств обучения или аудиовидеотехники (видео-лекция). Чтение такой лекции сводится к развернутому или краткому комментированию просматриваемых визуальных материалов.

Лекция-пресс-конференция проводится как научно-практическое занятие, с заранее поставленной проблемой и системой докладов, длительностью 5-10 минут. Каждое выступление представляет собой логически законченный текст, заранее подготовленный в рамках предложенной преподавателем программы. Совокупность представленных текстов позволит всесторонне осветить проблему. В конце лекции преподаватель подводит итоги самостоятельной работы и выступлений обучающихся, дополняя или уточняя предложенную информацию, формулирует основные выводы.

Лекция вдвоем (или бинарная лекция) - это разновидность чтения лекции в форме диалога двух преподавателей (либо как представителей двух научных школ, либо как

теоретика и практика). Необходимы: демонстрация культуры дискуссии, вовлечение в обсуждение проблемы обучающихся.

Лекция с заранее запланированными ошибками - рассчитана на стимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). В конце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает в течение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы—ответы—дискуссия», является тройным сочетанием: изложение новой учебной информации лектором, постановка вопросов и организация дискуссии в поиске ответов на поставленные вопросы».

Кроме рассмотренных видов лекций различают еще и такие лекции, как лекция – беседа, лекция – воспоминание, лекция-концерт, лекция-показ, лекция-экскурсия и др.

Порядок подготовки и проведения лекции

Подготовка лекции начинается с разработки преподавателем структуры рабочего лекционного курса по конкретной дисциплине. Руководством здесь должна служить рабочая программа дисциплины (далее - РП, разработанная с учетом требований ФГОС ВО, учебного плана).

Структура лекционного курса обычно включает в себя вступительную, основную и заключительную части. Количество лекций в той или иной части определяется с учетом общего количества часов, отведенных для лекционной работы согласно учебному плану.

После определения структуры лекционного курса можно приступить к подготовке той или иной конкретной лекции. Методика работы над лекцией предполагает примерно следующие этапы:

- 1) отбор материала для лекции, составление списков основной и дополнительной литературы;
- 2) определение объема и содержания лекции;
- 3) выбор последовательности и логики изложения, написание конспекта;
- 4) подбор иллюстративного материала;
- 5) выработка манеры чтения лекции.

Отбор материала для лекции определяется ее темой. Лектору следует тщательно ознакомиться с содержанием темы в базовой учебной литературе, которой пользуются обучающийся, чтобы выяснить, какие аспекты изучаемой проблемы хорошо изложены, какие данные устарели и требуют корректировки. Следует обдумать обобщения, которые необходимо сделать, выделить спорные взгляды и четко сформировать свою точку зрения на них.

Определение объема и содержания лекции - второй важный этап подготовки лекции, определяющий темп изложения материала. Это обусловлено ограниченностью временных рамок, определяющих учебные часы на каждую дисциплину. Не рекомендуется идти по пути планирования чтения на лекциях всего предусмотренного программой материала в ущерб полноте изложения основных вопросов. Лекция должна содержать столько информации, сколько может быть усвоено аудиторией в отведенное время. Лекцию нужно разгружать от части материала, перенося его на самостоятельное изучение. Этот материал наряду с лекционным должен выноситься на экзамен. Если лекция будет прекрасно подготовлена, но перегружена фактическим (статистическим, и т.п.) материалом, то она будет малоэффективной и не достигнет поставленной цели. Кроме того, при выборе объема лекции необходимо учитывать возможность «среднего» обучающегося записать ту информацию, которую, по мнению преподавателя, он должен обязательно усвоить.

Приступая к решению вопроса об объеме и содержании лекции, следует учитывать ряд особенных, специфических черт этого вида занятий, в том числе и дидактическую

характеристику лекции. Объем и содержание лекции зависят и от ряда классификационных характеристик лекционного занятия. Существуют классификации лекций по различным основаниям:

- месту в лекционном или учебном курсе (вводная, установочная, обзорная, итоговая и др.);
- преимущественной форме обучения (лекции при очном, заочном и очно-заочном (вечернем) обучении);
- частоте общения лектора с аудиторией (разовая, систематическая, цикловая ит.п.);
- степени проблемности изложения материала (информационная, проблемная, дискуссия и т.п.).

Так, например, вводная лекция читается, как правило, в начале курса с целью дать обучающимся общее представление о его содержании, месте в учебном процессе и роли в их будущей практической деятельности. Вводная лекция в значительной степени может носить популярный характер и читаться монологически. На вводной лекции может быть дан список необходимой для работы литературы, разъяснено, какие вопросы будут изучены на семинарских занятиях, выделены проблемы, решение которых потребует особых усилий.

Очень полезен для установления интереса со стороны слушателей краткий рассказ об истории кафедры и ее научном потенциале, существующей научной школе по данному направлению, перспективах сотрудничества с кафедрой.

Содержание лекции должно отвечать ряду дидактических принципов. Основными из них являются: целостность, научность, доступность, систематичность и наглядность.

Целостность лекции обеспечивается созданием единой ее структуры, основанной на взаимосвязи задач занятия и содержания материала, предназначенного для усвоения обучающимися. В тех случаях, когда на одном занятии достигнуть такой целостности не представляется возможным, это должно быть специально обосновано лектором ссылками на предыдущее или последующее изложение, на литературные и другие источники.

Научность лекции предполагает соответствие материала основным положениям современной науки, абсолютное преобладание объективного фактора и доказательность выдвигаемых положений. Каждый тезис должен быть четко сформулированным и непротиворечивым. Прежде чем приступить к доказательству, необходимо выяснить, насколько тезис усвоен обучающимися. В ходе всего доказательства тезис должен оставаться неизменным.

Лектор должен стремиться к чистоте речи, избегать слов-паразитов («значит», «так сказать», «понимаете»). Принцип доступности лекции предполагает, что содержание учебного материала должно быть понятным, а объем этого материала посильным для «среднего» обучающегося.

Следование принципу систематичности требует соблюдения ряда педагогических правил. К ним, первую очередь, относят:

- взаимосвязь изучаемого материала с ранее изученным, постепенное повышение сложности рассматриваемых вопросов;
- взаимосвязь частей изучаемого материала;
- обобщение изученного материала;
- стройность изложения материала по содержанию и внешней форме его подачи, рубрикация курса, темы, вопроса;
- единообразие структуры построения материала.

Дидактический принцип наглядности в обучении основан на том, что ознакомление обучающихся с каким-либо новым явлением или предметом начинается с конкретного ощущения и восприятия, однако, массированное применение их на лекции ведет к повышенному утомлению обучающихся. Преподаватель должен очень четко представлять, на каком именно этапе лекции он будет использовать ту или иную наглядность, а также

случаи отсутствия возможности ее использования по независящим от него причинам.

Выбор последовательности и логики изложения материала - следующий этап работы над лекцией. При составлении плана лекции лучше выделить самостоятельные разделы, после каждого из которых желательно сделать обобщения. Выделить информацию, на которой необходимо сконцентрировать внимание слушателей. Определяя логику построения лекции, следует четко определить, каким методом изложения вы будете пользоваться - методом индукции, дедукции или аналогии.

Индуктивный метод состоит в движении от частного к общему. Индукция может быть полной, когда обобщение делается из анализа всех без исключения характеристик, параметров или других данных об изучаемом явлении или предмете. Недостатком ее является громоздкость, так как приходится иногда оперировать с большим числом данных. Поэтому более распространена индукция неполная, когда обобщения делают на основании некоторых (не исчерпывающих, но достаточных) данных.

Дедуктивный метод изложения состоит в движении от общего к частному. Дедукцией пользуются в том случае, если известна какая-либо общезакономерность и на ее основе подлежат анализу отдельные проявления этой закономерности.

Метод аналогии основан на вынесении заключения об изучаемом явлении по сходству с другими известными явлениями. Это сходство может быть установлено по нескольким признакам, которые должны быть существенными и характеризовать явление с различных сторон. Проводя аналогию, нужно устанавливать и развитие рассматриваемых явлений, что способствует объективности анализа. Следует избегать использования поверхностных признаков аналогии, так как это может привести к типичной ошибке, называемой «ложной аналогией».

Особое внимание следует уделить требованиям к конспектированию лекций. В методической литературе не существует единого правила к тому, как нужно записывать лекцию. Это зависит от индивидуальных особенностей требований преподавателей и индивидуальных качеств личности обучающихся. Формирование культуры ведения лекционных записей - важная педагогическая задача. Конспект полезен тогда, когда изначально ориентирован на одновременную со слушанием лекции мыслительную переработку материала, на выделение и фиксацию в тезисно-аргументированной форме главного содержания лекции.

Подбор иллюстрированного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Несмотря на разнообразие наглядных пособий, при их использовании следует соблюдать некоторые общие правила. Демонстрационный материал во всех случаях должен играть подчиненную роль, быть одним из аппаратов лектора, а не подменять содержания лекции. В каждый момент лекции необходимо демонстрировать только тот наглядный материал, который иллюстрирует излагаемые положения. Подбор иллюстративного материала может быть немаловажным этапом подготовки лекции. Таблицы, диапозитивы, рисунки, схемы необходимо не только тщательно отобрать, но определить и зафиксировать их последовательность при чтении лекции.

Выработка индивидуальной манеры чтения лекции — исключительно важный и длительный период в подготовке к лекционному занятию. Прежде всего, не следует никогда читать текст лекции. Надо стремиться к ведению активного диалога с аудиторией, держать себя непринужденно, свободно, уверенно, передвигаться по аудитории, следя за тем, успевают ли обучающийся записывать за вами. Целесообразно повторять наиболее важные положения, периодически менять тембр голоса, логические ударения, показывая этим важность раздела, мысли, вывода или обобщения. Это нужно заранее продумать при подготовке лекции, отметить в лекционной модели, например, подчеркивая те или иные блоки лекции цветными фломастерами.

Заключительный этап работы над текстом лекции - ее оформление. Абсолютное большинство начинающих лекторов подобранные материалы оформляет в виде конспектов. Более опытные преподаватели обходятся разного рода тезисными записями и

планами. В педагогической литературе рекомендуется использовать лекционную модель (расширенный план лекции), которая используется при чтении лекции. Требования к организации и проведению лекционных занятий:

- Организационно-методической базой проведения занятий является учебный план специальности. На основе него объем часов аудиторных занятий, отведенный для каждой учебной дисциплины, делится на часы лекционных, практических, лабораторных и других занятий соответствующими кафедрами, с указанием форм контроля текущей и промежуточной аттестации обучаемых.

- Преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан до начала учебного процесса подготовить учебно-методические материалы, необходимые для проведения лекционно-семинарских занятий. К ним относятся:

– рабочая программа учебной дисциплины с Приложением «Оценочные средства»;

– методические материалы по дисциплине для преподавателя и обучающихся

Разработанный комплект учебно-методических материалов предоставляется в бумажном и электронном виде, обсуждается на заседании кафедры перед началом учебного года и утверждается заместителем директора по УМР.

- Преподаватель обязан проводить лекционные занятия в строгом соответствии с годовым учебным графиком и утвержденным на его основе расписанием лекций.

Категорически запрещается:

– заканчивать лекционные занятия ранее или позже установленного в расписании времени;

– досрочно (до окончания семестра) завершать чтение курса;

– самовольно изменять время или место проведения лекционных занятий.

В случае возникновения объективной необходимости переноса занятий на другое время или в другую аудиторию, преподаватель обязан заблаговременно согласовать это изменение с отделом организации учебного процесса.

Не допускается отмена лекции. При возникновении форс- мажорных обстоятельств преподаватель, назначенный для чтения лекций, обязан заблаговременно информировать о невозможности проведения занятий с объяснением причины.

Преподаватель, проводящий лекционные занятия, обязан вести учет посещаемости обучающихся по журналам групп. В случае неявки обучающихся на лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА

Введение

Занятия семинарского типа - одна из форм систематических занятий, на которых обучающиеся под руководством преподавателя приобретают необходимые умения и навыки по тому или иному разделу определенной дисциплины, входящей в учебный план.

Кафедрам рекомендуется разработать сборники задач, упражнений, вопросов и заданий, сопровождающихся методическими указаниями применительно к конкретным дисциплинам.

Цель занятий семинарского типа - предоставление возможностей для углубленного изучения теории, овладения практическими навыками и выработки самостоятельного творческого мышления у обучающихся.

Задачи:

- отражение в учебном процессе современных достижений науки;
- углубление теоретической и практической подготовки обучающихся;
- приближение учебного процесса к реальным условиям работы того или иного специалиста;
- формирование умения применять полученные знания на практике, осуществлять вычисления и расчеты;
- развитие инициативы и самостоятельности обучающихся;
- формирование навыков публичного выступления, способности представлять результаты проведенного исследования, умения вести дискуссию;
- контроль за освоением учебной дисциплины.

Функции занятий семинарского типа:

- учебно-познавательная - закрепление, расширение, углубление знаний, полученных на лекциях и в ходе самостоятельных занятий;
- обучающая - школа публичного выступления, развитие навыков отбора и обобщения информации;
- стимулирующая - определенный стимул к дальнейшей пробе своих творческих сил и подготовке к более активной работе;
- воспитательная - формирование мировоззрения и убеждений, воспитание самостоятельности, научного поиска, самостоятельности, смелости;
- контролирующая - в проверке уровня знаний и качества самостоятельной работы обучающихся.

Обучение на занятиях семинарского типа направлено на:

- обобщение, систематизацию, углубление, закрепление полученных теоретических знаний по дисциплине;
- формирование умений (аналитических, проектировочных, конструктивных и др.) применять полученные знания на практике;
- реализацию единства интеллектуальной, практической деятельности;
- формирование практических умений выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности;
- выработку при решении поставленных задач таких профессионально значимых факторов, как самостоятельность, ответственность, точность.

Рекомендации преподавателям для облегчения освоения обучающимся практических навыков в ходе практического (семинарского) занятия:

1. Преподаватель составляет план каждого занятия, в который входит: определение целей и задач, подбор материала к занятию, подбор литературы, рекомендуемой

обучающимся к данной теме, разработка рекомендаций обучающимся по организации самостоятельной работы в ходе подготовки к занятию семинарского типа, распределение пунктов плана по времени, моделирование вступительной и заключительной частей семинара.

2. Тема занятия семинарского типа и основные вопросы обсуждения объявляются преподавателем заранее.

3. Преподаватель, ведущий занятия семинарского типа должен находиться в постоянном контакте с обучающимися.

4. Преподаватель может использовать любую из форм проведения занятий: обсуждение сообщений, докладов, рефератов, выполненных обучающимися по результатам учебных или научных исследований под руководством преподавателя, семинар-диспут, упражнения на самостоятельность мышления, письменная контрольная работа, коллоквиум, собеседование, решение ситуационных задач, кейсов, расчетных заданий и других современных технологий обучения. Выполнение расчетов, вычислений, работа с документацией, инструктивными справочниками, составление проектной, плановой и другой специальной документацией.

5. Состав заданий для занятия должен быть спланирован так, чтобы за отведенное время их выполнили большинство обучающихся.

6. Преподавателю следует направлять ход обсуждений на формирование навыков профессиональной полемики и закрепление обсуждаемого материала. На занятиях обучающиеся учатся грамотно излагать проблемы, свободно высказывать свои суждения, рассматривать ситуации, способствующие профессиональной компетенции.

7. Во время проведения занятий подводятся итоги самостоятельной работы обучающихся по усвоению обсуждаемой научной проблемы. Особое значение имеет ознакомление обучающийся с методикой работы с учебной и научной литературой, навыками ее использования при самостоятельной работе, при подготовке к занятиям.

8. При проведении занятий в интерактивной форме (деловая, ролевая игра, ток-шоу и т.п.) преподавателю необходимо продумать и довести до обучающихся правила проведения, роли, функции, схемы взаимодействия участников, а также систему оценивания.

9. Строить ход занятий следует таким образом, чтобы обучающийся, овладев первоначальными профессиональными навыками и умениями, смогли в дальнейшем закрепить их в процессе практики и написания выпускной квалификационной работы.

При планировании состава и содержания занятий семинарского типа следует исходить из того, что все они имеют разные ведущие дидактические цели.

Практические работы направлены на формирование практических умений:

- учебных - решать задачи по физике, химии, математике и пр.;
- профессиональных - выполнять определенные действия, операции, необходимые в последующей профессиональной деятельности.

Семинарские занятия с целью овладения обучающимися общих и профессиональных компетенций, развития их личностных качеств.

В соответствии с ведущей дидактической целью содержанием занятий семинарского типа является:

- решение разного рода задач, в том числе профессиональных (анализ производственных ситуаций, решение ситуационных производственных задач,
- выполнение профессиональных функций в деловых играх и т.п.);
- выполнение вычислений, расчетов;
- работа с нормативными документами, инструктивными материалами, документами первичного учета и др.

Наряду с формированием умений и навыков в процессе практических занятий обобщаются, систематизируются, углубляются и конкретизируются теоретические знания, вырабатывается способность и готовность использовать теоретические знания на практике.

Содержанием семинарских занятий, в соответствии с ведущей дидактической целью, является подготовка докладов, выступлений, обзора материалов периодической печати и т.п. В процессе семинарских занятий формируются умения публичных выступлений, способность приобретать, высказывать и отстаивать собственные убеждения, систематизируется и расширяется объем знаний, реализуется региональный компонент, приобретаются навыки самостоятельной работы.

Организация и проведение занятий семинарского типа

Практическое занятие проводится в учебных или компьютерных кабинетах. Продолжительностью 4 часа. В плане проведения практической работы указываются:

Семинарские занятия проводятся в учебных кабинетах. Продолжительностью, как правило, не менее 2-х академических часов. В плане проведения семинарского занятия указываются:

Планы проведения лабораторных работ, практических и семинарских занятий рассматриваются на заседаниях кафедры и утверждаются заведующим кафедрой.

Практические занятия могут носить:

– репродуктивный характер, в этом случае при их проведении обучающиеся пользуются подробными инструкциями, в которых определены пояснения к порядку выполнения работы;

– активный частично-поисковый характер - эти работы отличаются тем, что обучающиеся должны самостоятельно выбрать необходимое оборудование, способы выполнения работы по материалам инструктивной, справочной и др. литературы;

– интерактивный поисковый характер - такие работы характеризуются тем, что обучающиеся должны решить новую для них проблему, опираясь на имеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стади и пр., обеспечивающих максимальную активность обучающихся при обсуждении поставленных вопросов.

Для усиления профессиональной направленности практических и семинарских занятий рекомендуется проведение бинарных уроков. На таких занятиях, результаты лабораторных работ, практических и семинарских занятий, полученные на одной учебной дисциплине или профессиональном модуле являются основой для их выполнения на другой учебной дисциплине и профессиональном модуле.

Рекомендуется проведение сквозных практических работ на основе внутрипредметных связей, когда результаты, полученные в одной практической работе, используются при выполнении последующих практических работ по данной дисциплине.

Для повышения эффективности проведения практических занятий рекомендуется:

- разработка тестов входного контроля подготовленности обучающихся к их выполнению;

– разработка дифференцированных заданий на их выполнение с учетом индивидуальных особенностей обучающихся;

– максимальная организация самостоятельного выполнения обучающимися лабораторных работ, практических и семинарских занятий;

– использование бланков документов, инструктивных материалов;

– наличие материалов, позволяющих проконтролировать правильность выполнения обучающимися заданий расчетного характера.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

Методические рекомендации по самостоятельной работе

Введение

Самостоятельная работа – часть учебного процесса, выполняемая обучающимися без посторонней помощи с целью усвоения, закрепления и совершенствования знаний, выработки соответствующих умений, приобретения практического опыта, формирования общекультурных, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, составляющих содержание подготовки специалистов.

В образовательном процессе выделяют два вида самостоятельной работы:

1) Аудиторная – работа, выполняемая на учебных занятиях по заданию преподавателя;

2) Внеаудиторная – планируемая учебная, творческо-исследовательская работа, выполняемая вне занятий по заданию и при методическом руководстве преподавателя, но без его непосредственного участия.

Содержание и формы самостоятельной работы обучающихся определяются в соответствии с ее целями:

Для овладения знаниями:

- чтение текста (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, ресурсов Интернет);
- составление плана текста;
- графическое изображение структуры текста;
- составление электронной презентации;
- конспектирование текста;
- подготовка выписок из текста;
- работа со словарями и справочниками, ознакомление с нормативными документами;
- научно-исследовательская работа;
- использование компьютерной техники, интернета и др.;

Для закрепления и систематизации знаний:

- работа с конспектом лекций;
- работа над учебным материалом (учебника, первоисточника, дополнительной литературы, аудио- и видеозаписей);
- составление плана и тезисов ответа;
- составление таблиц для систематизации учебного материала;
- изучение нормативных материалов;
- ответы на контрольные вопросы;
- аналитическая обработка текста (аннотирование, рецензирование и др.);
- заполнение рабочих тетрадей, дневников практик;
- подготовка тезисов сообщений к выступлению на семинаре, конференции;
- подготовка рефератов, докладов, презентаций, эссе;
- составление резюме;
- написание истории болезни;
- составление библиографии, тематических кроссвордов и др.;

Для формирования умений:

- решение задач и упражнений по образцу;
- решение вариативных задач и упражнений;
- отработка манипуляций;
- выполнение расчетно-графических работ;
- решение ситуационных производственных (профессиональных) задач;

- подготовка к контрольным работам, практическим и лабораторным занятиям, семинарским занятиям, деловым играм, промежуточной аттестации;
- проектирование и моделирование разных видов и компонентов профессиональной деятельности;
- подготовка проектов;
- опытно-экспериментальная, научно-исследовательская работа;
- занятия в симуляционных классах, центрах;
- другие формы деятельности, в рамках формирования социокультурной среды, создания условий, необходимых для всестороннего развития и социализации личности, сохранения здоровья обучающихся, развития воспитательного компонента образовательного процесса.

Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы

1. Составление плана

План – это самая короткая форма оформления записей, которая не передаёт фактического содержания изучаемого материала, а лишь указывает схему его подачи и позволяет обучающимся:

- восстановить в памяти содержание источника;
- составить записи разного рода;
- ускорить проработку источника информации;
- организовать самоконтроль;
- сосредоточить внимание и стимулировать самостоятельную работу.

Составление плана при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст целиком.
2. Разделить его на смысловые части.
3. Дать заголовки каждой части (заголовки должны отражать содержание части).

2. Составление тезисов

Тезис – это положение, кратко излагающее какую-либо идею, а также одну из основных мыслей лекции, доклада и т.п.

Тезисы:

- повторяют, сжато формулируют и заключают написанное или изложенное устно;
- всегда имеют доказательства;
- всегда подразумевают аргументацию и выявляют суть содержания;
- позволяют обобщить материал.

Составление тезисов при работе с текстом осуществляется по следующему алгоритму:

1. Ознакомиться с содержанием материала.
2. Разбить текст на смысловые блоки.
3. Определить главную мысль каждой части.
4. Осмыслить суть этой мысли и передать её своими словами (или найти подходящую формулировку в тексте).
5. Тезисы необходимо нумеровать, чтобы сохранить логику авторских рассуждений.

3. Составление конспектов

Конспект – это краткая запись содержания текста, выделение главных идей и положений. Основные требования к написанию конспекта: системность и логичность изложения материала, краткость, убедительность и доказательность.

Можно выделить следующие виды конспектов:

– плановый. При создании такого конспекта сначала пишется план текста, по каждому пункту которого даётся комментарий. Это могут быть цитаты или свободно изложенный текст.

– тематический конспект, является кратким изложением данной темы, раскрываемой по нескольким источникам.

– текстуальный конспект, представляет собой монтаж цитат, которые связаны логическими переходами.

– свободный конспект, включает в себя и цитаты, и собственные формулировки.

Составление конспекта может осуществляться по следующему алгоритму:

1. Прочитать текст, отметить в нём новые слова, непонятные места, имена, даты; составить перечень основных мыслей, содержащихся в тексте, составить простой план, который поможет группировать материал в соответствии с логикой изложения;

2. Выяснить в словаре значение новых непонятных слов, записать их в тетрадь или словарь в конце тетради;

3. Повторно прочитать текст, сочетая чтение с записью основных мыслей автора и их иллюстраций. Запись ведётся своими словами, без переписывания текста. Важно стремиться к краткости, пользуясь правилами записи текста;

4. Прочитать конспект ещё раз, доработать его.

4. Составление аннотации

Аннотация – краткая характеристика текста (книги, статьи, рукописи), раскрывающая содержание и фиксирующая основные проблемы, затронутые в тексте, мнения, оценки, выводы автора.

Основные требования, предъявляемые к составлению аннотации, заключаются в следующем:

– композиция аннотации должна быть внутренне логична и может отличаться от композиции исходного текста;

– отбор сведений, формулирование выводов и их расположение зависят от характера аннотации;

– язык аннотации должен отличаться лаконичностью, простотой, ясностью;

– аннотация к статье оформляется на библиографической карточке, даётся без абзацев.

Аннотация имеет две обязательные части:

1. Содержит краткую характеристику текста и формулировку темы.

2. Перечисление основных положений текста и указание на адресата (читательскую аудиторию).

5. Составление рецензии и отзыва

Отзыв – общая оценка, мнение, впечатление о работе, произведении без детального анализа. Рецензия – разбор и оценка какого-нибудь сочинения, работы, статьи, которая кратко, объективно воспроизводит взгляды автора; а также даёт развёрнутое научно-обоснованное оценочное отношение к ведущим идеям рецензируемого источника.

6. Составление доклада

Доклад – публичное сообщение на определённую тему, способствующее формированию навыков исследовательской работы, стимулирующее познавательный интерес.

Составление доклада осуществляется по следующему алгоритму:

1. Подобрать литературу по изучаемой теме, познакомиться с её содержанием.
2. Пользуясь закладками, отметить наиболее существенные места и сделать выписки.
3. Используя рекомендации по составлению тематического конспекта и составленный план, написать доклад, в заключение которого обязательно выразить своё отношение к излагаемой теме и её содержанию.
4. Прочитать текст и отредактировать его.
5. Оформить его в соответствии с требованиями к оформлению. (При устном выступлении следует соблюдать требования к устной речи.)

7. Реферат

Реферат – краткое изложение содержания книги, статьи или нескольких работ по общей тематике на основе классификации, обобщения, анализа, с формулировкой собственных выводов.

Рефераты классифицируются:

1) по полноте изложения:

- информативные (рефераты-конспекты);
- индикативные (рефераты-резюме);

2) по количеству реферируемых источников:

- монографические;
- обзорные;

3) по читательскому назначению:

- общие;
- ориентация на широкую аудиторию; характеристика содержания в целом;
- специализированные;
- ориентация на специалистов.

Структурные элементы реферата:

1. Титульный лист.
2. Содержание.
3. Введение.
4. Основная часть.
5. Заключение.
6. Список использованной литературы.
7. Приложения.

Титульный лист: Титульный лист является первой страницей и заполняется по определенным правилам (приложение).

Содержание: включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются.

Введение: обоснование темы реферата, её актуальность, значимость; перечисление вопросов, рассматриваемых в реферате; определение целей и задач работы; обзор источников и литературы.

Основная часть: основная часть имеет название, выражающее суть реферата; может состоять из двух-трёх разделов, которые тоже имеют название. В основной части глубоко и систематизировано излагается состояние изучаемого вопроса; приводятся противоречивые мнения, содержащиеся в различных источниках, которые анализируются и оцениваются с особой тщательностью.

Заключение (выводы автора и предложения): формулируются результаты анализа эволюции и тенденции развития рассматриваемого вопроса; даются предложения о способах решения существенных вопросов, пути применения результатов работы.

Список используемой литературы: содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы, которые оформляются в алфавитном порядке.

Приложения: таблицы, схемы, графики, фотографии, макеты, эскизы и т.п.

Основные требования, предъявляемые к реферату:

- точное изложение взглядов автора;
- изложение всех наиболее существенных моментов реферируемого источника
- соблюдение единого стиля изложения
- использование точного, краткого, литературного языка;
- логическая последовательность изложения;
- ограниченность объёма.

8. Научно-исследовательская работа

Научно–исследовательская работа представляет собой самостоятельно проведенное исследование обучающегося, раскрывающее его знания и умение их применять для решения конкретных практических задач. Работа должна носить логически завершенный характер и демонстрировать способность обучающегося грамотно пользоваться специальной терминологией, ясно излагать свои мысли, аргументировать предложения.

Алгоритм выполнения работы:

1. Выбор темы исследования, определение проблемы и цели исследования;
2. Изучение специальной литературы и другой научной информации о достижениях отечественной и зарубежной науки в соответствующей области знаний, оформление обзора литературы. Анализ и обобщение полученных знаний по проблеме;
3. Разработка концепции и планирование исследования, подбор методов и методик осуществления исследования;
4. Проведение исследования, экспериментов, работа с пациентами, curaция больных;
5. Обработка полученных данных, оценка результатов обследования пациентов;
6. Работа с архивными материалами и кафедральными базами данных;
7. Работа с источниками информации, в том числе со статистическими базами, нормативными актами, медицинской документацией, статистическая обработка полученных данных, описание результатов;
8. Письменное оформление теоретического и эмпирического материала в виде целостного текста;
9. Защита НИР (выступление на заседании кафедры или цикловой комиссии с презентацией по результатам работы).

Основные структурные компоненты научно-исследовательской работы:

1. Титульный лист;
2. Содержание;
3. Введение;
4. Разделы основной части;
5. Выводы;
6. Заключение;
7. Список использованной литературы;
8. Приложения.

Титульный лист

Титульный лист является первой страницей научно-исследовательской работы и заполняется по определенным правилам.

Содержание

Раздел «СОДЕРЖАНИЕ» отражает план выполненной работы. Как правило, содержание включает все разделы работы, а также наименования всех их подразделов и пунктов с указанием номеров страниц, с которых они начинаются. Каждый раздел начинается с новой страницы. Заголовки одинаковых ступеней следует располагать, друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени. Все заголовки начинают с прописной буквы.

Список сокращений

Данный раздел содержит аббревиатуры, применяемые в тексте и их разъяснение. Аббревиатуры печатаются с прописной буквы и располагаются в алфавитном порядке.

Введение

Во введении, фиксируется проблема, актуальность исследования, определяются объект и предмет исследования; указываются цель и задачи исследования; коротко перечисляются методы работы. Все перечисленные выше составляющие введения должны быть взаимосвязаны друг с другом.

Выдвижение проблемы предполагает далее обоснование актуальности исследования. При ее формулировании необходимо дать ответ на вопрос: почему данную проблему нужно изучать в настоящее время?

После определения актуальности необходимо определить объект и предмет исследования.

Объект исследования - это процесс, на который направлено познание или явление, порождающее проблемную ситуацию и избранное для изучения. Под объектом иногда понимают носителя изучаемого явления, например, некоторые авторы в качестве объекта исследования выделяют представителей той или иной социальной группы.

Предмет исследования более конкретен и дает представление о том, как новые отношения, свойства или функции объекта рассматриваются в исследовании.

Под целью исследования понимают конечные, научные и практические результаты, которые должны быть достигнуты в итоге его проведения.

Задачи исследования представляют собой все последовательные этапы организации и проведения исследования с начала до конца.

Важным моментом в работе является формулирование гипотезы, которая должна представлять собой логическое научно обоснованное, вполне вероятное предположение, требующее специального доказательства для своего окончательного утверждения в качестве теоретического положения.

Гипотеза считается научно состоятельной, если отвечает следующим требованиям:

- не включает в себя слишком много положений;
- не содержит не однозначных понятий;
- выходит за пределы простой регистрации фактов, служит их объяснению и предсказанию, утверждая конкретно новую мысль, идею;
- проверяема и приложима к широкому кругу явлений;
- не включает в себя ценностных суждений;
- имеет правильное стилистическое оформление.

Основная часть

Главы и параграфы основной части нумеруются по многоуровневой системе, то есть обозначаются цифровыми номерами, содержащими во всех ступенях номер своей рубрики и рубрики которой они подчинены. Введение и заключение не нумеруются.

Главы основной части посвящены раскрытию содержания научно – исследовательской работы.

Первая глава основной части работы обычно целиком строится на основе анализа или обзора научной литературы. При ее написании необходимо учитывать, что основные подходы к изучаемой проблеме, изложенные в литературе, должны быть критически проанализированы, сопоставлены и сделаны соответствующие обобщения и выводы.

Во второй главе работы, имеющей научно-исследовательскую часть, дается обоснование выбора тех или иных методов и конкретных методик исследования, приводятся сведения о результатах собственных исследований процедуре исследования и ее этапах, а также предлагается характеристика групп респондентов.

После этого в работе приводятся результаты исследования, таблицы. Если таблицы громоздки, их лучше разместить в приложении. В приложении так же можно поместить несколько наиболее интересных или типичных иллюстраций, рисунков и т. д.

Раздел научно-исследовательской части работы завершается интерпретацией полученных результатов. Описание результатов целесообразно делать поэтапно, относительно ключевых моментов исследования.

Заключение

В заключении автор формирует логику построения выводов из выполненной работы на основе полученных результатов. Выводы формируются, исходя из задач работы (по пунктам). Они должны быть краткими и четкими, и, в то же время, представлять собой обобщение и оценку полученных результатов, согласовываться с целями и задачами исследования. Число выводов должно соответствовать числу поставленных задач.

При их составлении необходимо учитывать следующие правила:

- выводы должны являться следствием данного исследования и не требовать дополнительных измерений;
- выводы должны соответствовать поставленным задачам;
- выводы должны формулироваться лаконично, не иметь большого количества цифрового материала;
- выводы не должны содержать общеизвестных истин, не требующих доказательств.

В заключении оценивается степень решения поставленных задач и достоверность полученных результатов, в случае необходимости обсуждаются отрицательные результаты. Оценивается практическая значимость и эффективность внедрения сделанных разработок, возможности публикации и предлагаются пути дальнейшего развития исследования.

Список использованной литературы

Список содержит сведения об источниках, использованных автором в ходе работы над темой работы. Список литературы должен быть составлен в соответствии с ГОСТ 7.1-2003. Список составляется со сплошной нумерацией в алфавитном порядке, сначала перечисляются источники на русском языке, затем в алфавитном порядке - иностранные источники. Принят следующий порядок расположения источников:

- нормативные акты;
- монографии;
- печатная периодика;
- источники на электронных носителях, в том числе интернет - источники.

Приложения

В приложении определяются материалы объемного характера, который при включении в основную часть работы загромождает текст (истории болезни, большие иллюстрации и таблицы, копии подлинных документов, описание медицинской аппаратуры и приборов, нормативно-правовая документация и др.). Каждое приложение должно начинаться с нового листа (страницы) с указанием в правом верхнем углу слова «Приложение» и иметь тематический заголовок. При наличии в тексте работы более одного приложения они нумеруются арабскими цифрами (без знака №), например: «Приложение 1», «Приложение 2» и т.д.

Стиль научно-исследовательской работы это стиль безличного монолога, лишённого эмоциональной и субъективной окраски. Не принято использовать местоимение первого лица единственного числа «я», предпочтительнее использовать неопределённо-личные предложения.

Пример: «к решению проблемы есть несколько подходов», «было установлено, что...».

Точку зрения автора обычно отражает местоимение «мы», например: «нами установлено», «мы пришли к выводу» и т.д. Благодаря такому стилю отмечается, что мнение автора подкрепляется мнением стоящего за ним коллектива исследователей. Кроме того, такая подача текста выглядит скромнее, позволяя автору не выдвигать себя на первый план.

В процессе работы над текстом может несколько раз изменяться общее количество страниц, таблиц, графических изображений и библиографических ссылок в списке литературы. В окончательном варианте работы размещение разделов, подразделов и пунктов должно соответствовать «Содержанию», порядковая нумерация таблиц, рисунков и библиографических источников ссылкам на эти объекты в тексте.

При подготовке текста работы должно быть привлечено оптимальное для раскрытия темы количество источников, преимущественно опубликованных за последние 3 года.

Тексты письменных работ проверяются на объем заимствования и степень оригинальности текста с использованием компьютерных программ.

9. Общие требования к оформлению текстовых работ

(Приложение - образцы оформления)

9.1 Общие требования

Любая текстовая работа обучающегося (реферат, самостоятельная работа, курсовая работа, научно-исследовательская работа и др.) пишется от третьего лица. Она должна быть оформлена на одной стороне листа бумаги формата А 4 (210 – 297 мм.).

Объем работы зависит от вида самостоятельной работы. В этот объем могут включаться: титульный лист, содержание, введение, теоретическая и практическая части, заключение, список использованной литературы. *Приложения в общий объем не включаются.*

Цвет шрифта – черный. Размер шрифта – 14. Тип шрифта – Times New Roman. Шрифт печати должен быть прямым, четким, черного цвета, одинаковым по всему объему текста. Текст обязательно выравнивается по ширине с междустрочным интервалом – 1,5. Размер абзацного отступа – 1,5 см. Расстановка переносов в авто – режиме.

Страница с текстом должна иметь левое поле – 25 мм (для прошива); правое – 15 мм; верхнее и нижнее – 20 мм.

Страницы нумеруются арабскими цифрами, нумерация сквозная по всему тексту. Номера страниц проставляются в правом нижнем углу страницы, без точки. Размер шрифта для нумерации – 11. Тип шрифта – Times New Roman. Титульный лист включается в общую нумерацию, номер на нем не ставится, поэтому нумерация работы начинается со следующей за содержанием страницы, т.е. с введения.

9.2 Оформление заголовков

Оформление заголовков в текстовой работе:

–заголовки теоретического и практического раздела располагаются в середине строки (выравнивание по центру), без точки в конце и печатают прописными буквами (CapsLock) без подчеркивания. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–заголовки подразделов, пунктов и подпунктов располагаются в середине строки (по центру) и печатаются строчными буквами, начиная с прописной, без точки в конце. Переносы слов в заголовках не допускаются, если заголовок состоит из двух предложений, их разделяют точкой;

–теоретический и практический разделы текстового документа начинают с нового листа (страницы), подразделы располагаются по тексту в пределах своего раздела;

–разделы должны иметь порядковые номера в пределах всего документа, обозначенные арабскими цифрами без точки. Подразделы должны иметь нумерацию в пределах каждого раздела. Номер подраздела состоит из номера раздела и подраздела,

разделённых точкой. В конце номера подраздела точка не ставится. Например: 1.2 (1 – номер раздела, 2 – номер подраздела);

–заголовки и подзаголовки отделяются от основного текста сверху и снизу пробелами в три интервала.

9.3 Оформление содержания

Заголовок СОДЕРЖАНИЕ пишется прописными буквами (CapsLock) посередине строки.

Содержание включает введение, наименование всех разделов, подразделов, заключение, список литературы и источников, приложения с указанием их названия. Нумерация разделов строго по левому краю. ВВЕДЕНИЕ, ЗАКЛЮЧЕНИЕ, СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ И ИСТОЧНИКОВ, ПРИЛОЖЕНИЕ по левому краю не нумеруются. Номера страниц, с которых начинаются все элементы работы, располагают строго по правому краю (включая приложения).

Заголовки одинаковых ступеней рубрикации следует располагать друг под другом. Заголовки каждой последующей ступени смещают на три знака вправо по отношению к заголовкам предыдущей ступени.

9.4 Оформление рисунков

К рисункам относятся все графические изображения (схемы, графики, фотографии, рисунки). На все рисунки в тексте должны быть даны ссылки, например (...как показано на рис. 2 ...).

Рисунки располагаются по центру, непосредственно после текста, в котором они упоминаются впервые, или в приложении. Рисунки нумеруются арабскими цифрами, при этом нумерация сквозная. Название пишется под рисунком по центру, как и рисунок. Точка в конце названия не ставится (например: Рис. 2 – Нормативные элементы).

Расстояние между текстом и рисунком, названием рисунка и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.5 Оформление таблиц

На все таблицы расположенные в тексте должны быть ссылки (например: на основании данных, приведенных в таблице 1 ...). Таблица должна располагаться по центру непосредственно после текста, в котором она упоминается впервые, или в приложении. Размер шрифта в таблице – 10-11. Тип шрифта – Times New Roman, междустрочный интервал в таблице – 1,0.

Нумерация таблиц сквозная.

Слово «Таблица» пишется полностью над таблицей слева. Название таблицы размещается над таблицей, форматирование – как и у обычного текста. Точка в конце названия таблицы не ставится (например: Таблица 1 – Динамика показателей клинического анализа крови).

При отсутствии отдельных данных в таблице следует ставить прочерк (тире).

При переносе части таблицы на другой лист (страницу) слово «Таблица», ее номер и название указывается только один раз – над первой частью таблицы, а над другими частями также слева пишут слова «Продолжение таблицы» и указывают номер таблицы.

Расстояние между текстом и названием таблицы, таблицей и последующим текстом составляет одну пустую строку.

9.6 Оформление маркированных и нумерованных списков в тексте

По тексту могут быть приведены перечисления в виде списков, с абзацным отступом 1,5. Для маркированного списка следует использовать только маркер дефис, текст в таком перечислении следует начинать писать строчными буквами. В нумерованном списке после цифры ставится точка, а текст следует начинать писать с прописной буквы.

9.7 Оформление числовых значений, уравнений и формул в тексте

В тексте документа, за исключением формул, таблиц и рисунков **не допускается**:

- применять математический знак минус (–) перед отрицательными значениями величин (следует писать слово «минус»);
- применять знак «Ø» для обозначения диаметра (следует писать «диаметр»);
- применять без числовых значений математические знаки, например > (больше), < (меньше), = (равно), ≤ (меньше или равно), ≥ (больше или равно), ≠ (не равно), № (номер), % (процент).

Если в тексте документа приводят диапазон числовых значений физической величины, выраженных в одной и той же единице физической величины, то обозначение единицы физической величины указывается после последнего числового значения диапазона.

Например:

- от 1 до 5 мм;
- от плюс 10 до минус 20 °С.

В тексте документа числовые значения величин с обозначением единиц физических величин и единиц счета следует писать цифрами, а числа без обозначения единиц физических величин и единиц счета от единицы до девяти – словами. Например: Провести испытания пяти труб, каждая длиной 5 м. Отобрать 15 труб для испытания на давление.

Дробные числа необходимо приводить в виде десятичных дробей (например: 0,25).

Между последней цифрой числа и обозначением единицы следует ставить неразрывный пробел, в том числе перед °С, и %. Например: 20 °С, 80 %. Между номером и цифрой ставиться неразрывный пробел (№ 45).

Формулы и уравнения набираются шрифтом той же гарнитуры и того же кегля, что и основной текст. Физические и химические символы в формулах набираются прямым шрифтом (например: Ag, Cu).

Формулы выделяют из текста в отдельную строку и располагают по центру. Над и под каждой формулой или уравнением нужно оставить по пустой строке. Если формула не умещается в одну строку, то ее переносят на следующую строку на знаках выполняемых операций, причем знак в начале следующей строки повторяют.

Знаки, используемые в математической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления (:).

Знаки, используемые в физической формуле: знак равенства (=), знак плюс (+), знак минус (–), знак деления – горизонтальная черта.

Знак умножения не ставится:

- между числом и буквенным символом: 5ab;
- перед скобками и после них: (a+b)(d+c);

Косой крест (x) в качестве знака умножения ставиться:

- при указании размеров: 4,5x3 м;
- при переносе формулы на знаке умножения.

Формулы нумеруют по порядку арабскими цифрами в пределах документа. Номер указывают в круглых скобках с правой стороны листа на уровне формулы, например (1). Формулы, размещаемые в приложениях, нумеруют в соответствии с обозначением приложения, например: формула (В.1). Формулы, размещаемые в таблицах, не нумеруют.

Пояснения символов и числовых коэффициентов, входящих в формулу, приводят непосредственно под ней. Пояснения каждого символа приводят на одном уровне и с новой строки. Первую строку пояснения начинают со слова «где», без абзачного отступа.

Например:

$$W=wgkc,$$

(1)

где w_g – расчетное значение ветрового давления;
k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;
c – аэродинамический коэффициент.

При ссылке в тексте документа на формулу ее порядковый номер указывают в круглых скобках (например: ... в формуле (3) ...).

Между цифрами и математическими знаками в формуле не делают пробелов.

9.8 Оформление ссылки

При написании работы обучающемуся часто приходится обращаться к цитированию работ различных авторов, использованию статистического материала. В этом случае необходимо оформлять ссылку на тот или иной источник.

При цитировании необходимо соблюдать следующие правила:

– текст цитаты заключается в кавычки и приводится в той грамматической форме, в какой он дан в источнике, с сохранением особенностей авторского написания;

– цитирование должно быть полным, без искажения смысла;

– пропуск слов, предложений, абзацев при цитировании допускается, если не влечет искажение всего фрагмента, и обозначается многоточием, которое ставится на месте пропуска;

– каждая цитата должна сопровождаться ссылкой на источник, библиографическое описание которого должно приводиться в соответствии с требованиями библиографических стандартов (например «...*цитата*...» [4;87] – где 4 – номер источника в списке литературы и источников, 87 – номер страницы из указываемого источника со словами цитаты).

9.9 Библиографическое оформление

Каждая библиографическая запись в списке получает порядковый номер и начинается с абзацного отступа – 1,5. Нумерация источников в списке сквозная. Для нумерации списка литературы и источников используется формат номера – цифра с точкой.

Список литературы и источников отражает перечень источников, которые использовались при написании работы и составленный в следующем порядке:

– Федеральные законы (в очередности от последнего года принятия к предыдущим);

– указы Президента РФ (в той же последовательности);

– постановления Правительства РФ (в той же очередности);

– иные нормативные правовые акты;

– иные официальные материалы (резолуции-рекомендации международных организаций и конференций, официальные доклады, официальные отчеты и др.);

– монографии, учебники, учебные пособия (в алфавитном порядке);

– иностранная литература;

– интернет-ресурсы.

9.10 Оформление приложений

В тексте работы на все приложения должны быть даны ссылки. Приложения располагают в порядке ссылок на них в тексте. Каждое приложение следует начинать с новой страницы с указанием в верхнем углу справа страницы слова «Приложение» и его обозначения (например: Приложение 1).

Приложение должно иметь заголовок, который записывают симметрично относительно текста с прописной буквы отдельной строкой. Каждое приложение следует начинать с новой страницы. Расстояние между словом Приложение и названием приложения составляет одну пустую строку, расстояние между названием приложения и текстом три пустые строки.

Приложения должны иметь общую с остальной частью документа сквозную нумерацию страниц.

Образец оформления титульного листа
МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Название работы

Выполнил(а): _____

(Ф.И.О. обучающегося)

Обучающийся ___ курса,
ординатура по специальности 31.08.58 Оториноларингология
направленность Оториноларингология
Научный руководитель:

(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Образец оформления таблицы в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний обучающихся. Эти данные размещаются в таблице 3, по которой можно проследить динамику процесса обучения.

Таблица 3 – Результаты обучения

Учебный год	Общее количество учащихся	Средний балл	% качества знаний	% успеваемости
2013	90	4,0	100 %	100 %
2014	94	4,5	100 %	100 %
2015	117	4,7	100 %	100 %

Образец оформления простого рисунка в тексте

Основным и конечным результатом педагогической деятельности является развитие личности, способностей и компетентности обучающихся. Одним из показателей являются результаты мониторинга успеваемости и качества знаний.

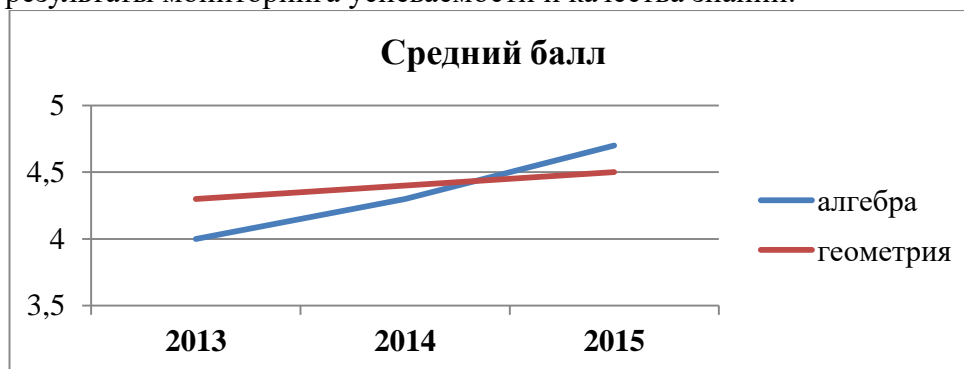


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

На рис. 1 четко виден рост графиков среднего балла за последние три года по преподаваемым дисциплинам.

Образец оформления сложного рисунка в тексте

Ширина периодонтальной щели колеблется от 0,1 до 0,55 мм. Направление пучков коллагеновых волокон периодонта неодинаково в различных его отделах. В устье зубной альвеолы (краевой периодонт) в удерживающем аппарате можно выделить зубодесневую, межзубную и зубоальвеоларную группы пучков волокон (Рис. 5).

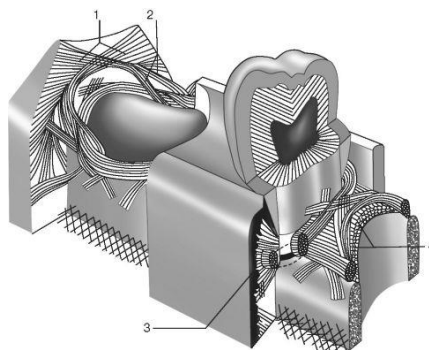


Рисунок 5 – Волокна периодонта

1 - межзубные; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

Зубодесневые волокна начинаются от цемента корня у дна десневого кармана и распространяются веерообразно кнаружи в соединительную ткань десны. Толщина пучков не превышает 0,1 мм.

Образец оформления простого маркированного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

- ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
- загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления простого нумерованного списка

К опасным факторам экологического характера следует отнести следующие явления:

1. Ускоренное разрушение почвы и ее загрязнение тяжелыми металлами, другими вредными веществами;
2. Загрязнение атмосферы вредными химическими веществами, шумом, электромагнитными полями и ионизирующими излучениями;
3. Кислотные дожди;
4. Загрязнение и истощение водных ресурсов и т. п.

Образец оформления сложного списка

Можно выделить несколько факторов, влияющих на успех лечения:

1. Тщательное изучение исходной клинической картины:
 - линия улыбки (визуализация десневого края);
 - биотип мягких тканей (толстый, тонкий).
2. Планирование имплантологического лечения с ортопедической и хирургической точки зрения включает:
 - оценку возможности установки имплантатов в выгодное по ортопедическим показателям положение.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ВОСПИТАНИЯ
ПО АДАптиРОВАННОЙ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ
ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ
КВАЛИФИКАЦИИ (ОРДИНАТУРА)**

Специальность: **31.08.58 Оториноларингология**

Направленность **Оториноларингология**

Квалификация: "Врач- оториноларинголог"

Форма обучения: очная

Нормативный срок обучения: 2 года

СОСТАВИТЕЛИ РАБОЧЕЙ ПРОГРАММЫ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	Топанова Александра Александровна	к.м.н., доцент	Заместитель директора ИМО по воспитательной и социальной работе	ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2	Бугрий Елизавета Александровна	-	Заведующий отделом по воспитательной и внеучебной работе ИМО	ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа воспитания рассмотрена и одобрена на заседании Совета по воспитательной работе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России.

ПОЯСНИТЕЛЬНАЯ ЗАПИСКА

Настоящая программа определяет комплекс основных характеристик образования (объем, содержание, планируемые результаты) и организационно-педагогических условий воспитательной работы с обучающимися ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (далее – Обучающиеся; далее – Центр Алмазова).

Согласно Федеральному закону Российской Федерации № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», образование является единым целенаправленным процессом воспитания и обучения, при этом воспитание стоит на первом месте и определяется как деятельность, направленная на развитие личности, создание условий для самоопределения и социализации обучающегося на основе социокультурных, духовно-нравственных ценностей и принятых в обществе правил и норм поведения в интересах человека, семьи, общества и государства. Эффективность и качество образования зависят от взаимодополнения процессов обучения и воспитания.

Современные социологические, психологические и педагогические исследования высшего образования показали высокое значение досуговой деятельности в освоении молодежью профессии, в профилактике асоциальных явлений, в формировании здорового образа жизни. Именно поэтому освоение обучающимися образовательных программ по соответствующим направлениям подготовки происходит одновременно с освоением программы воспитания.

Программа воспитательной работы с обучающимися по программам ординатуры ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России составлена с учетом требований Федерального Государственного образовательного стандарта высшего образования (ФГОС ВО 3++) по соответствующим направлениям подготовки, с учетом модернизации молодежной политики, представленной в проекте Программы развития ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России на период с 2021 по 2030 годы, направленной на системную административную поддержку обучающихся, оказание помощи в решении правовых вопросов, поддержание качества жизни. При составлении настоящей программы учтены требования к результатам освоения образовательных программ соответствующих уровней высшего образования, которые реализуются в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. В основе программы лежат принципы непрерывности, преемственности, системности, доступности, единства профессионального, гражданского и нравственного развития личности ординатора. Реализацию обозначенных принципов поддерживает координация деятельности администрации, научно-педагогического коллектива и обучающихся.

Реализация программы воспитания осуществляется в течение всего срока обучения в Центре Алмазова. Реализацию программы воспитательной работы с ординаторами Центра Алмазова поддерживает координация деятельности администрации, научно-педагогического коллектива и обучающихся ординаторов.

Программа является обязательной для исполнения всеми структурными подразделениями института медицинского образования (далее — ИМО) Центра Алмазова.

Управление реализацией программы и контроль за ходом её выполнения осуществляют директор института медицинского образования Центра Алмазова, заместитель директора ИМО по воспитательной и социальной работе, департамент по социальной и внеучебной работе, деканаты, Совет обучающихся и молодых ученых.

Рабочая Программа воспитания разработана в соответствии с действующими федеральными государственными образовательными стандартами на период реализации образовательных программ и определяет комплекс ключевых характеристик системы воспитательной работы. При разработке основных профессиональных образовательных программ на кафедрах рекомендуется учитывать содержание пп. 22, 23 Статьи 34 «Основные права обучающихся и меры их социальной поддержки и стимулирования» Федерального Закона ФЗ от 29.12.2012 N 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации», определяющей академические права обучающихся ординаторов на развитие

своих творческих способностей и интересов, включая участие в конкурсах, олимпиадах, выставках, смотрах, культурных и спортивных мероприятиях, а также в научно-исследовательской, инновационной деятельности, осуществляемой образовательной организацией и определяет перечень основных направлений воспитательной работы, также содержание пп. 26 и 27 этой же статьи: «поощрение за успехи в учебной, физкультурной, спортивной, общественной, научной, научно-технической, творческой, экспериментальной и инновационной деятельности» и «совмещение получения образования с работой без ущерба для освоения образовательной программы, выполнения индивидуального учебного плана» соответственно, а также статью 41 «Охрана здоровья обучающихся».

Рабочая программа воспитания ИМО разработана в соответствии с нормативными актами:

- Конституция Российской Федерации;
- Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 31.07.2020 № 304-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» по вопросам воспитания обучающихся»;
- Указ Президента Российской Федерации от 19.12.2012 г. № 1666 «О Стратегии государственной национальной политики Российской Федерации на период до 2025 года»;
- Указ Президента Российской Федерации от 09.05.2017 г. № 203 «Стратегия развития информационного общества в Российской Федерации на 2017-2030 гг.»;
- Распоряжение Правительства от 29.05.2015 г. № 996-р «Стратегия развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года»;
- Распоряжение Правительства от 29.11.2014 г. № 2403-р «Основы государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года»;
- Методические рекомендации Министерства науки и высшего образования Российской Федерации по разработке рабочей программы воспитания;
- Федеральный Закон «О молодежной политике в Российской Федерации» №489 от 30 декабря 2020 года;

ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ПРОГРАММЫ

Целью программы является создание эффективной воспитательной среды для формирования личности будущего конкурентоспособного специалиста, способного к успешному решению задач профессиональной деятельности оказанию высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения, обладающего широким кругозором, высокой внутренней культурой, интеллигентностью, социальной активностью, качествами гражданина-патриота, способного творчески и самостоятельно мыслить.

Под воспитательной средой в настоящей программе понимается совокупность предметно-пространственного, поведенческого, событийного и информационно-культурного окружения обучающихся.

Задачи программы:

Задачами воспитания, согласно статье 2 пункта второго Федерального закона от 31 июля 2020 г. N 304-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации», по вопросам воспитания обучающихся», (далее – ФЗ-304), являются:

- 1) развитие личностных качеств ординаторов, необходимых для успешного освоения профессиональных компетенций и профессиональной деятельности;
- 2) ориентация на общечеловеческие ценности;

- 3) создание равных комфортных социально-психологических и социокультурных условий для освоения ординаторами образовательной программы, формирования универсальных, общепрофессиональных, профессиональных компетенций обучающихся;
- 4) совершенствование системы воспитательной, социальной и молодежной работы в институте медицинского образования;
- 5) формирование у ординаторов приверженности традиционным российским духовно-нравственным ценностям;
- 6) приобщение ординаторов к корпоративной культуре Центра Алмазова, взаимодействие ценностных систем Центра Алмазова и современной молодежи;
- 7) формирование патриотического сознания и активной гражданской позиции ординаторов Центра Алмазова, предупреждение проявлений радикализма, экстремизма, терроризма;
- 8) повышение культурного, этического и эстетического уровня ординаторов, формирование высокой культуры поведения, навыков использования выразительных языковых средств, умения использовать их в разных условиях общения;
- 9) формирование коммуникативной компетентности, содействие в освоении обучающимися современных коммуникативных технологий, умений применять их для академического и профессионального взаимодействия, в том числе на иностранных языках;
- 10) формирование у ординаторов мотивации к здоровому образу жизни, отказу от курения, употребления алкоголя и профилактика потребления наркотических средств;
- 11) обеспечение социальной и психологической поддержки ординаторов ИМО, социальная работа с обучающимися ординаторами, оказавшимися в трудной жизненной ситуации, инвалидами, детьми-сиротами, молодыми семьями.

ПРИНЦИПЫ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ:

- гуманизм, человеколюбие, общечеловеческие нормы морали;
- демократизм как принцип открытого взаимодействия администрации, ППС и обучающихся с целью развития обратной связи, студенческого самоуправления, законных методов волеизъявления;
- духовно-ценностная ориентация, выраженная в развитии и удовлетворении духовных потребностей обучающихся ординаторов, освоении и приумножении культуры во всем богатстве ее проявлений;
- патриотизм, предполагающий чувство родства с поколениями предшественников, воспитание качеств гражданина, ответственного за благополучие своей страны;
- конкурентоспособность, формирование личности специалиста, способного к динамичной социальной и профессиональной мобильности, смене деятельности, нахождению эффективных решений в сложных условиях конкурентной борьбы во всех сферах жизнедеятельности;
- толерантность к культурным особенностям народов России и мира, терпимость и внимание к мнению другого, непривычному образу жизни, поведению, не выходящему за требования законодательства РФ;
- инклюзивность и индивидуальность раскрытия способностей каждого обучающегося посредством воспитательной работы;
- эффективное взаимодействие, основанное на взаимном уважении, деловой этике и этикете, справедливости, честности и открытости в отношениях между участниками взаимодействия;

- единство коллективного и индивидуального, выраженное в коллективном обсуждении, развитии, принятии (непринятии) и воплощении индивидуальной инициативы;
- единство внеучебной воспитательной работы и учебного процесса;
- открытость, преемственность, гибкость системы воспитательной работы.

НАПРАВЛЕНИЯ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Интеграция ординаторов в образовательную, научную, профессиональную среду.

- Проекты воспитательной деятельности: участие ординаторов в исследовательской и практической деятельности и иных мероприятиях, способствующих интеграции в образовательную, научную, профессиональную среду.

Социальная работа с обучающимися

Поддержка ординаторов-инвалидов, психологическое сопровождение в учебно-воспитательном процессе.

- Проекты воспитательной деятельности: организация заселения ординаторов в места временного проживания и общежития, проверка соблюдения прав и норм проживания, оказание юридической и психологической поддержки, поддержка молодых семей и иные мероприятия, направленные на социальную поддержку обучающихся ординаторов.

Культурная, творческая, досуговая деятельность, приумножение этических и

эстетических качеств личности.

- Проекты воспитательной деятельности: посещение выставочных и концертных залов, театров и музейных пространств и иные мероприятия.

Гражданско-патриотическое и правовое воспитание, профилактика асоциальных явлений, коррупционного поведения, экстремизма и терроризма.

- Проекты воспитательной деятельности: участие обучающихся в городских мероприятиях, посвященных праздничным и памятным датам - «Памяти павших будьте достойны», «Бессмертный полк», посещение музеев, знакомство с историей России, участие в Международном молодежном конкурсе социальной антикоррупционной рекламы «Вместе против коррупции!», проведение профилактических бесед с обучающимися, прибывшими в РФ из стран с повышенной террористической активностью, проведение для обучающихся мероприятий в рамках Недели безопасности при участии представителей ГУ МВД и традиционных религиозных объединений России, использование в работе по профилактике экстремизма и терроризма материалов, размещенных на сайтах Генеральной прокуратуры РФ, Следственного комитета РФ, Правительства СПб.

Пропаганда здорового образа жизни, развитие спортивных клубов, формирование здоровьесберегающей среды.

- Проекты воспитательной деятельности: формирование спортивного клуба для участия в спортивных лигах, участие в городских и районных спортивных мероприятиях, проведение иных спортивно-оздоровительных мероприятий.

ФОРМЫ И МЕТОДЫ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

Под формами организации воспитательной работы понимаются различные варианты организации конкретного воспитательного процесса. Формы определяются по количеству участников, по целевой направленности, по времени проведения, по видам деятельности, а также по результату воспитательной работы. В процессе воспитательной деятельности используются следующие категории форм воспитательной работы с ординаторами:

- познавательные формы (экскурсии, походы, фестивали, печатные издания, тематические вечера, студии, секции, выставки, научно-практические конференции, семинары, круглые столы, кейс-чемпионаты; опросы и анкетирования, психологические консультации, медиация, культурно-массовые и просветительские мероприятия праздники, концерты, встречи, лекции, конкурсы, тренинги, олимпиады, викторины);
- культурно-творческие формы (культурно-массовые и просветительские мероприятия (праздники, концерты, встречи, лекции, конкурсы, тренинги, олимпиады, викторины и пр.).

Методы воспитания – способы влияния преподавателя/организатора воспитательной деятельности на сознание, волю и поведение ординаторов с целью формирования у них устойчивых убеждений и определенных норм поведения (разъяснение, убеждение, совет, требование, общественное мнение, поручение, задание, соревнование, одобрение, контроль, самоконтроль и др.). В процессе воспитательной деятельности используются следующие методы воспитательной работы:

- Реализация воспитательной работы осуществляется на базе Центра Алмазова, Института медицинского образования, Департамента по социальной и внеучебной работе, кафедр.
- Метод убеждения, главная специфика которого — взаимодействие сотрудников, преподавателей и ординаторов в процессе формирования убеждений.
- Метод примера. Личный пример и авторитет работников и преподавателей Центра Алмазова как образец для ординаторов, процесс активной интеграции обучающихся в систему социальных связей.
- Трансляция традиций Центра Алмазова и отечественных медицинских школ в культурную среду обучающихся, опора на воспроизводство социо-культурного опыта как ключевой аспект социализации, формирование интенций социальности.
- Игровой метод, в рамках которого главная ценность внеучебной деятельности обучающихся заключается не результате, а в процессе.
- Метод поощрения. Публичное моральное и материальное поощрение результатов труда обучающихся, формирование чувства ценности результатов своего труда как профилактика профессионального выгорания.

УПРАВЛЕНИЕ СИСТЕМОЙ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ЦЕНТРЕ АЛМАЗОВА И МОНИТОРИНГ КАЧЕСТВА ОРГАНИЗАЦИИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ ДЕЯТЕЛЬНОСТИ

Воспитательная система и управление системой воспитательной работы.

Воспитательная система Центра Алмазова представляет собой целостный комплекс воспитательных целей и задач, кадровых ресурсов, их реализующих в процессе целенаправленной деятельности, и отношений, возникающих между участниками воспитательного процесса.

Организация воспитательной и внеучебной деятельности ординаторов возложена на Департамент по социальной и внеучебной работе, основную воспитательную структуру ИМО. В этот процесс вовлечены как образовательные структурные подразделения –

деканаты, кафедры, так и внеучебные: Студенческий клуб, студенческое научное общество (СНО), совет обучающихся и молодых учёных (СОМУ).

Подсистема воспитательной системы:

- постоянное осуществление воспитательного процесса как через образование, так и через внеаудиторное время ординаторов;
- реализация воспитательной работы через участие обучающихся ординаторов Центра Алмазова в комплексе мероприятий, событий, дел, акций и др.;

Функции управления системой воспитательной работы:

- планирование воспитательной работы по организации воспитательной деятельности на учебный год;
- организация воспитательной работы;
- анализ итогов воспитательной работы за учебный год;
- контроль за исполнением управленческих решений по воспитательной работе;
- регулирование воспитательной работы через мониторинг качества.

Оценка эффективности воспитательной работы с ординаторами Центра Алмазова.

Эффективность воспитательной работы с ординаторами Центра Алмазова оценивается, исходя из целей и задач настоящей программы. Программа воспитательной работы способствует достижению результатов двух групп — количественных и качественных.

К количественным показателям относятся количество ординаторов, принимающих активное участие во внеучебной деятельности, успехи ординаторов на конкурсах, соревнованиях, чемпионатах, количество подготовленных обучающимися проектов и пр.

Качественные показатели репрезентуют подвижность внутреннего мира ординаторов и не имеют строгого измерения. К качественным результатам относятся ценности, нормы, идеалы, мировоззрение, психоэмоциональное состояние, самоидентичность. Для понимания качественных результатов воспитательной работы используются методы опросов, индивидуальных и групповых интервью, фокус-групп.

В оценке эффективности воспитательной работы с ординаторами Центра Алмазова используются данные обеих групп результатов.

- Количество и качество участия ординаторов в мероприятиях, проводимых Центром Алмазова;
- участие обучающихся ординаторов в районных, городских и федеральных мероприятиях в области молодежной политики, профилактической работы с молодежью, физической культуры и спорта;
- количественные и качественные характеристики соучастия ординаторов в воспитательной работе, инициативный поиск ординаторами инновационных форм внеучебной деятельности, стремление к повышению качества проведения культурно-массовых мероприятий и молодежных мероприятий;
- минимизация правонарушений среди ординаторов;
- увеличение количества обучающихся, ведущих здоровый образ жизни, снижение среди обучающихся уровня потребления табачных продуктов и алкогольных напитков, уменьшение количества обучающихся, находящихся в группе риска по результатам социально-психологического тестирования, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ по отношению к прошлому году обучения;
- количество обращений ординаторов за психологической поддержкой к психологу ИМО;

- количество конфликтных ситуаций, разрешенных с применением технологий медиации.

Эффективность воспитательной работы оценивается по результатам годовой работы с учетом вышеперечисленных показателей.

Ключевые показатели эффективности (КРІ)

- Качество ресурсного обеспечения реализации воспитательной деятельности;
- Качество инфраструктуры;
- Качество воспитывающей среды и воспитательного пространства;
- Организация мониторинга воспитательной деятельности;
- Качество управления системой воспитательной работы;
- Качество и содержание внеучебных мероприятий;
- Цифровое пространство;
- Стимулирование деятельности преподавателей/ организаторов воспитательной деятельности.

Способами оценки достижения воспитательной деятельности и воздействия на личностном уровне является анализ результатов проектной деятельности и другие виды оценивания.

Аттестация ординаторов

Что подлежит оценке:

- Уровень мотивации профессионального и личностного развития;
- Уровень личностных достижений;
- Социальная активность;
- Уровень общественного признания.

Формы аттестации:

- Анкетирование/Тестирование;
- Общественное признание (благодарственные письма, дипломы, отзывы и другое).

РЕСУРСНОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ

Нормативно-правовое обеспечение

- Конституция Российской Федерации;
- Федеральный закон от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон от 31.07.2020 № 304-ФЗ «О внесении изменений в Федеральный закон «Об образовании в Российской Федерации» по вопросам воспитания обучающихся»;
- Указ Президента Российской Федерации от 19.12.2012 г. № 1666 «О Стратегии государственной национальной политики Российской Федерации на период до 2025 года»;
- Указ Президента Российской Федерации от 09.05.2017 г. № 203 «Стратегия развития информационного общества в Российской Федерации на 2017-2030 гг.»;
- Распоряжение Правительства от 29.05.2015 г. № 996-р «Стратегия развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года»;
- Распоряжение Правительства от 29.11.2014 г. № 2403-р «Основы государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года»;

- Методические рекомендации Министерства науки и высшего образования Российской Федерации по разработке рабочей программы воспитания;
- Федеральный Закон «О молодежной политике в Российской Федерации» №489 от 30 декабря 2020 года;
- Устав Центра Алмазова;
- Локальные нормативные акты.

Кадровое и организационно-управленческое обеспечение

В реализации программы воспитательной работы участвуют сотрудники департамента по социальной и внеучебной работе, работники деканатов и кафедр.

Программное обеспечение

Реализация настоящей Программы воспитательной работы с ординаторами осуществляется посредством внедрения отраслевых программ, соответствующих конкретным направлениям воспитательной работы и отражающих потребности обучающихся – «Формирование у обучающихся ординаторов антикоррупционного мировоззрения и нетерпимости к коррупции», «Предупреждение распространения идей экстремизма, радикализма, терроризма среди обучающихся института медицинского образования», «Формирование мотивации к здоровому образу жизни у обучающихся ординаторов института медицинского образования», «Профилактика употребления психоактивных веществ (ПАВ) среди обучающихся ординаторов института медицинского образования» и пр. Отраслевые программы разрабатываются в соответствии с решением Совета по воспитательной работе по представлению работников Центра Алмазова в целях совершенствования системы воспитательной работы с ординаторами.

Финансовое и материально-техническое обеспечение

Основными источниками финансирования воспитательной работы являются:

- фонд Совета обучающихся и молодых ученых;
 - внебюджетные средства;
 - гранты и иные виды партнерской материальной поддержки.
- научно-методическое и учебно-методическое обеспечение – расписание, методические пособия, планы организации воспитательной работы на кафедрах;
 - кадровое обеспечение – декан факультета, заведующий отделом ординатуры, специалисты деканата;
 - финансовое обеспечение – бюджетные средства и внебюджетные доходы Центра Алмазова;
 - информационное обеспечение – официальный сайт ИМО, официальные группы ИМО в социальные сети, образовательный портал, личный кабинет обучающегося.
 - Инфраструктура образовательной организации высшего образования - обеспечивает реализацию рабочей программы воспитания:
 - здания и сооружения (спортивные площадки, музей Центра Алмазова, библиотека, Центр по работе с молодёжью);
 - образовательное пространство, рабочее пространство и связанные с ним средства труда и оборудования;
 - службы обеспечения (транспорт, связь и др.).

Для организации и осуществления воспитательной деятельности Центр Алмазова определяет, обеспечивает и поддерживает в рабочем состоянии свою инфраструктуру.

Социокультурное пространство

Социокультурное пространство – вид пространства, охватывающий человека и среду в процессе их взаимодействия, результатом которого является приращение индивидуальной культуры человека. Важно использовать в воспитании обучающихся ординаторов социокультурное пространство Санкт-Петербурга и Ленинградской области, обладающих высоким воспитывающим потенциалом: ведущие объекты города/региона, музеи и памятники, историко-архитектурные объекты, театры, библиотеки, центры развлечений – концертные залы, кинотеатры, дома культуры и творчества, клубы, спортивные комплексы, парки отдыха, скверы, природоохранные зоны и другие.

Сетевое взаимодействие с организациями, социальными институтами и субъектами воспитания

Основными субъектами воспитания выступают социальные институты: семья, образовательные организации, общественные организации просветительской направленности, организации военно-патриотической направленности, молодежные организации, спортивные секции и клубы, радио и телевидение, газеты, журналы, книжные издательства, библиотеки, музеи, театры, кинотеатры, творческие объединения деятелей культуры, историко-краеведческие и поисковые, волонтерские, некоммерческие организации, сообщества и другие.

Социальные партнеры

Социальными партнерами в осуществлении воспитательной деятельности являются:

- медицинский научно-образовательный кластер "Трансляционная медицина"
- Всероссийское общественное объединение добровольцев в сфере здравоохранения «Волонтеры-медики»
- Межвузовский студенческий городок
- Общероссийская общественная организация «Российское кардиологическое общество»
- Санкт-Петербургский Дом музыки

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
федеральное государственное бюджетное учреждение
«**Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова**»
Министерства здравоохранения Российской Федерации
(ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

**КАЛЕНДАРНЫЙ ПЛАН СОБЫТИЙ И МЕРОПРИЯТИЙ
ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ НАПРАВЛЕННОСТИ
на 2022-2023 учебный год**

**ПО АДАптиРОВАННОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЕ
ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПОДГОТОВКА КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ**

Специальность: **31.08.58 Оториноларингология**

Направленность: Оториноларингология

Форма обучения: очная

Нормативный срок обучения: 2 года

Санкт-Петербург

Календарный план событий и мероприятий воспитательной направленности разработан в соответствии с требованиями Федерального закона от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» и Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования — подготовка кадров высшей квалификации 31.08.58 Оториноларингология, утвержденным приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации «02» февраля 2022 г. № 99 и учебным планом.

СОСТАВИТЕЛИ

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1	Топанова Александра Александровна	к.м.н., доцент	Заместитель директора ИМО по воспитательной и социальной работе	ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Бугрий Елизавета Александровна	-	Заведующий отделом по воспитательной и внеучебной работе ИМО	ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Календарный план воспитательной работы рассмотрен и одобрен на заседании Совета по воспитательной работе ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Цель воспитательной работы в Институте медицинского образования - создание условий для активной жизнедеятельности обучающихся, их гражданского самоопределения, профессионального становления и индивидуально-личностной самореализации в созидательной деятельности для удовлетворения потребностей в нравственном, культурном, интеллектуальном, социальном и профессиональном развитии.

Задачи воспитательной деятельности:

- развитие мировоззрения и актуализация системы базовых ценностей личности;
- приобщение студенчества к общечеловеческим нормам морали, национальным устоям и академическим традициям;
- воспитание уважения к закону, нормам коллективной жизни, развитие гражданской и социальной ответственности;
- воспитание положительного отношения к труду, воспитание социально значимой целеустремленности и ответственности в деловых отношениях;
- обеспечение развития личности и ее социально-психологической поддержки, формирование личностных качеств, необходимых для эффективной профессиональной деятельности;
- выявление и поддержка талантливой молодежи, формирование организаторских навыков, творческого потенциала, вовлечение обучающихся в процессы саморазвития и самореализации;
- формирование культуры и этики профессионального общения;
- воспитание внутренней потребности личности в здоровом образе жизни, ответственного отношения к природной и социокультурной среде;
- повышение уровня культуры безопасного поведения;
- развитие личностных качеств и установок, социальных навыков и управленческими способностями.

№ п/п	Название мероприятия	Сроки исполнения	Ответственные
Модуль 1. Гражданско-патриотическое воспитание обучающихся			
1.	Организация участия обучающихся в мероприятиях гражданско-патриотической направленности районного, городского, регионального и Всероссийского уровня.	В течение года	Департамент по социальной и воспитательной работе
2.	Торжественное мероприятие, посвященное Дню знаний	01.09.2022	Деканат Лечебного факультета, Департамент по социальной и воспитательной работе
3.	Участие в федеральном просветительском марафоне «ЗНАНИЕ»	31.08.2022 - 02.09.2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
4.	День солидарности в борьбе с терроризмом	03.09.2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
5.	День окончания Второй мировой войны	03.09.2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
6.	День памяти жертв блокады	08.09.2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
7.	Участие в городском молодёжном Форуме «Санкт-Петербург – территория национального согласия»	28.09.2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
8.	Международный День пожилых людей	01.10.2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
9.	День памяти жертв политических репрессий	30.10.2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
10.	Мероприятие «Мультикультурный семинар»	Сентябрь 2022 Апрель 2023	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
11.	Беседа «Без срока давности» на тему: «Геноцид как международное преступление»	Октябрь 2022	Кафедра гуманитарных наук
12.	Всероссийский географический диктант	Октябрь 2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
13.	Мероприятие, посвящённые Дню народного единства	04.11.2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе

14.	Участие в онлайн-семинарах серии «Формирование безопасной студенческой среды» в рамках образовательно-просветительской кампании «Мы за традиции, мир и безопасность!»	Ноябрь 2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
15.	Профилактическое мероприятие «Стоп ВИЧ/СПИД» (круглый стол)	Декабрь 2022	Кафедра инфекционных болезней
16.	День героев Отечества	9 декабря 2022	Департамент по социальной и внеучебной работе, Кафедра гуманитарных наук
17.	День Конституции Российской Федерации	12 декабря 2022	Департамент по социальной и внеучебной работе, Кафедра гуманитарных наук
18.	Мероприятия, посвящённые 80-й годовщине прорыва блокады Ленинграда и 79-й годовщине полного освобождения Ленинграда от фашистской блокады в годы Великой Отечественной войны 1941-1945 годов (по отдельному плану)	Январь 2023	Департамент по социальной и воспитательной работе
19.	Мероприятие, посвящённое Дню студенчества «Татьянин День»	Январь 2023	Департамент по социальной и воспитательной работе
20.	Мероприятия, посвящённые Дню защитника Отечества	Февраль 2023	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Студенческий совет, Профком обучающихся
21.	Мероприятия, посвящённые Международному женскому дню	Март 2023	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
22.	Международный день освобождения узников фашистских лагерей	11 апреля 2023	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Кафедра гуманитарных наук
24.	День работников скорой медицинской помощи. Акция «Лента добра»	28.04.2023	Департамент по социальной и внеучебной работе, Совет обучающихся и молодых ученых
25.	Участие во Всероссийской акции «Голос Победы», посвящённая празднованию 9 мая в Российской Федерации	Май 2023	Департамент по социальной и внеучебной работе
26.	Мероприятия, посвящённые празднованию Дня Победы (по отдельному плану)	Май 2023	Департамент по социальной и внеучебной работе

27.	Мероприятия, посвящённые празднованию Дня Рождения Санкт-Петербурга	Май 2023	Департамент по социальной и внеучебной работе
28.	Мероприятия, посвящённые празднованию Дня России	12.06.2023	Департамент по социальной и внеучебной работе
29.	Мероприятия, посвящённые празднованию Дню медицинского работника	16.06.2023	Департамент по социальной и внеучебной работе
Модуль 2. Правовое воспитание обучающихся			
	Виртуальная историко-документальная выставка «В целях укрепления закона и правопорядка», посвящённая 350-летию Прокуратуры РФ	Сентябрь – декабрь 2022	Департамент по социальной и воспитательной работе
	Обновление на информационных стендах, интернет-сайте и портале обучающихся антикоррупционных, антитеррористических, антиэкстремистских материалов, а также контактов служб противодействия коррупции, распространению экстремизма, радикализма, терроризма	В течение года	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
	Организация съёмок видеоматериалов социальной и антитеррористической, антиэкстремистской направленности	В течение года	Департамент по социальной и внеучебной работе
	Организация анкетирования обучающихся по вопросам толерантной образовательной среды	Декабрь 2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
	Профилактические беседы с обучающимися об участии в несогласованных митингах и акциях. Разъяснение ответственности за участие в них (при участии представителя Управления безопасности Центра Алмазова). Беседы по профилактике деструктивного поведения	В течение года	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Деканат Лечебного факультета, Управление безопасности Центра Алмазова
	Вводные инструктажи для обучающихся по безопасному и правосознательному поведению обучающихся, охране труда и пожарной безопасности	01.09.2022	Отдел охраны труда, отдел противопожарной безопасности, Управление безопасности Центра Алмазова
	Онлайн-кинопоказ фильма «Беслан», посвящённый Дню солидарности в борьбе с терроризмом	03.09.2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе

	Показ спектакля "Будем жить" о трагедии в Беслане для обучающихся	Сентябрь-октябрь 2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, АНО социально-культурных программ и проектов "Открой мир"
	Проведение социально-психологического тестирования обучающихся, направленного на раннее выявление немедицинского потребления наркотических средств и психотропных веществ	Октябрь 2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Деканат Лечебного факультета, Деканат подготовки кадров высшей квалификации
	Неделя дорожной безопасности	Ноябрь 2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
	Мероприятия, посвящённые Международному Дню борьбы с коррупцией.	09.12.2022	Департамент по социальной и внеучебной работе
	Содействие в организации правовой помощи обучающимся	В течение года	Профком обучающихся Юридическая служба Центра Алмазова
	Лекции по финансовой грамотности	Сентябрь, ноябрь 2022	Деканат Лечебного факультета, Деканат подготовки кадров высшей квалификации, Отдел по воспитательной и внеучебной работе
	Учения по антитеррористической безопасности	В течение года (2 раза в год)	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Управление безопасности Центра Алмазова
Модуль 3. Духовно-нравственное воспитание обучающихся			
1.	Индивидуальные психологические консультации с обучающимися	В течение года	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
2.	Выставка к Международному Дню пожилых людей «Сердцем молоды всегда»	Октябрь 2021	Департамент по социальной и внеучебной работе
3.	Акция «С открытым сердцем» во Всемирный день Доброты	13.11.2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
4.	Международный День толерантности	16.11.2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе

5.	Серия интеллектуальных игр «Almazov Quiz»	В течение года	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Студенческий совет, Совет обучающихся и молодых ученых
6.	Организация и проведение мероприятий, посвященных «Дню Российского студенчества»	Январь 2023	Департамент по социальной и внеучебной работе
7.	Акции «Ленточка блокадного Ленинграда», «Блокадный хлеб»	Январь 2023	Департамент по социальной и внеучебной работе
8.	Фестиваль праздников «Этнические праздники в атрибутах»	В течение года	Департамент по социальной и внеучебной работе, Студенческий совет (по отдельному плану)
9.	Организация и проведение конкурса «Куратор года»	Апрель 2023	Департамент по социальной и внеучебной работе
10.	День работников скорой медицинской помощи. Акция «Лента добра»	28.04.2023	Департамент по социальной и внеучебной работе
11.	День семьи, любви и верности	8 июля 2023	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Студенческий совет
Модуль 4. Культурно-творческое воспитание обучающихся			
1.	Общегородской День первокурсника	27.09.2022	Департамент по социальной и внеучебной работе
2.	Участие в фестивале творчества первокурсников вузов Санкт-Петербурга "Мама, я на сцене!"	Октябрь 2022	Студенческий клуб
3.	Костюмированный вечер «Страшно весело»	Октябрь 2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе Профком обучающихся
4.	Викторина, посвященная Дню Рождения Деда Мороза	18.11.2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
5.	Празднование Нового Года в ИМО	Декабрь 2022	Департамент по социальной и внеучебной работе
6.	Танцевальный баттл «Танцуют ВСЕ» к 23 февраля и 8 Марта	Март 2023	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
7.	Праздничное мероприятие «Масленица в ИМО»	Февраль 2023	Профком обучающихся

8.	Неделя "Культура – обучающимся ИМО"	24 марта - 1 апреля 2023	Департамент по социальной и внеучебной работе (По отдельному плану)
9.	Танцевальный флешмоб, посвященный Дню молодежи	Июнь 2023	Профком обучающихся, Студенческий клуб
10.	Организация культурной программы для обучающихся (посещение театров и музеев, организация экскурсий по Санкт-Петербургу и пригородам)	В течение года	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
Модуль 5. Экологическое воспитание обучающихся			
1.	Акция «Лучше на метро», приуроченная ко Всемирному дню без автомобиля	22 сентября 2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
2.	Общегородской субботник. Благоустройство территорий ИМО	Октябрь 2022 Апрель 2023	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
3.	Акция «Час Земли – 2023»	25 март 2023	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
4.	Мероприятие «Субботник для всего общежития» (жилой фонд комплекса «Солнечный»)	Март 2023	Администрация комплекса «Солнечный», Отдел по воспитательной и внеучебной работе
5.	Волонтерская акция по сбору помощи приютам для животных	Сентябрь – октябрь 2022	Профком обучающихся
Модуль 6. Физическое воспитание обучающихся и формирование здорового образа жизни			
1.	Спортивный праздник «День здоровья» (2- 4 курс Лечебного факультета)	Сентябрь 2022	Кафедра физической культуры и спорта, Департамент по социальной и внеучебной работе
2.	Чемпионат Студенческой футбольной лиги Санкт-Петербурга по футболу 6х6 2022/2023	Сентябрь – ноябрь 2022	Студенческий спортивный клуб Профком обучающихся, Кафедра физической культуры и спорта
3.	Турнир по волейболу	Сентябрь 2022	Студенческий спортивный клуб, Профком обучающихся, Кафедра физической культуры и спорта
4.	Турнир по баскетболу 3х3	Сентябрь 2022	Студенческий спортивный клуб, Профком обучающихся, Кафедра физической культуры и спорта

5.	«Кросс Нации»	Сентябрь 2022	Студенческий спортивный клуб, Профком обучающихся, Кафедра физической культуры и спорта
6.	Подготовка и участие сборных команд обучающихся в районных, городских, региональных, Всероссийских и международных тематических фестивалях и соревнованиях	В течение года	Студенческий спортивный клуб Профком обучающихся, Кафедра физической культуры и спорта
7.	Кубок Студенческой футбольной лиги по мини-футболу	Ноябрь-декабрь 2022	Студенческий спортивный клуб Кафедра физической культуры и спорта
8.	Спортивные мероприятия к Международному дню студентов	17 ноября 2022	Студенческий спортивный клуб Профком обучающихся, Кафедра физической культуры и спорта
9.	Участие в городских соревнованиях «Кубок ректоров медицинских и фармацевтических вузов Санкт-Петербурга по плаванию»	Март 2023	Кафедра физической культуры и спорта, Департамент по социальной и внеучебной работе
10.	Участие в ежегодном Фестивале спорта среди медицинских ВУЗов Санкт-Петербурга «День здоровья» на базе УТЦ «Кавголово».	Май 2023	Студенческий спортивный клуб Профком обучающихся, Кафедра физической культуры и спорта
11.	«День Семьи Центра Алмазова»	Май 2023	Профком обучающихся, Отдел по воспитательной и внеучебной работе
Модуль 7. Научно-образовательное воспитание обучающихся			
1.	Интеграция обучающихся в научную работу - «Клуб Сердца», «English Club», Cardio Evening	Октябрь 2022 – май 2023 (ежемесячно)	Совет обучающихся и молодых ученых
2.	Школа профсоюзного актива обучающихся	Сентябрь – октябрь 2022	Профком обучающихся
3.	Федеральный просветительский марафон «ЗНАНИЕ»	31.08.2022 - 02.09.2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
4.	Всероссийский географический диктант	Октябрь 2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
5.	«Almazov Talks». Выступления спикеров в свободном формате на различные научно-медицинские темы с трансляцией на интернет-канале СОМУ.	Ноябрь 2022 – май 2023 (ежемесячно)	СОМУ

6.	Научно-образовательная конференция «Этика и медицина. Прошлое и современность»	Ноябрь 2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, кафедра гуманитарных наук, СОМУ
7.	Школа молодого ученого для студентов 1 курса	Февраль-март 2023	СОМУ
8.	Всероссийская акция «Тотальный диктант»	8 апреля 2023	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
9.	Дни Открытых Дверей в АСНО	В течение года	АСНО
10.	Мероприятия к Дню российской науки. «Алмазовский Хакатон»	Февраль 2023	СОМУ
11.	Алмазовский Международный медицинский форум «АММФ-2023»	Май 2023	СОМУ
Модуль 8. Деятельность студенческого самоуправления обучающихся			
1.	Отбор кандидатов на должность кураторов студенческих групп	Апрель-май 2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
2.	Организационные собрания кураторов студенческих групп 2022-2023	Август – сентябрь 2022	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
3.	Организационные собрания Студенческого совета обучающихся	В течение года	Студенческий совет обучающихся
4.	Организационные собрания Профсоюзного комитета обучающихся	В течение года	Профком обучающихся
5.	Собрания студенческого спортивного клуба обучающихся	В течение года	Спортивный клуб обучающихся
6.	Собрания волонтерского движения обучающихся «Только сердцем»	В течение года	Волонтерское направление
7.	Конкурс «Куратор года» 2022-2023	Март - Апрель 2023	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
Модуль 9. Вовлечение обучающихся в профориентационную деятельность			
1.	Профориентационное тестирование, карьерные консультации. Профессиональная диагностика и консультирование студентов.	Ежеквартально	Отдел организации практик и трудоустройства обучающихся
2.	Индивидуальные консультации по вопросам трудоустройства	В течение года	Отдел организации практик и трудоустройства обучающихся

3.	Организация экскурсий обучающихся в Технопарк СПб (Старт-ап или путь начинающего предпринимателя).	Ежеквартально	Отдел организации практик и трудоустройства обучающихся
4.	Проведение семинаров, тренингов по технологиям успешного трудоустройства и построения карьеры.	Ежеквартально	Отдел организации практик и трудоустройства обучающихся
5.	Организация и проведение молодежного форума «Территория успеха».	Март 2023	Отдел организации практик и трудоустройства обучающихся
6.	Организация и проведение Ярмарки вакансий	Февраль 2023	Отдел организации практик и трудоустройства обучающихся
7.	Реализация проекта «Амбассадор карьеры»	В течение года	Отдел организации практик и трудоустройства обучающихся
8.	Заседания Алмазовского студенческого научного общества	В течение года	АСНО
9.	Дни открытых дверей ИМО	В течение года	Сектор «Центр абитуриент»
10.	Алмазовский Международный медицинский форум «АММФ-2023»	Май 2023	СОМУ
11.	Предметные олимпиады	В течение года	Кафедры ИМО, СОМУ