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

ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России
Сертификат 061E2547BDDE4CAA53CC88B3C0537082
Владелец Шляхто Евгений Владимирович
Действителен с 04.07.2023 по 26.09.2024

УТВЕРЖДАЮ
Генеральный директор
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Шляхто
«04»декабря 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

31.08.28 ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Уровень профессионального образования:	Высшее образование - подготовка кадров высшей квалификации
Квалификация:	Врач-гастроэнтеролог
Форма обучения:	очная
Нормативный срок обучения:	2 года

ФГОС ВО утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «25» августа 2014 г. № 1070

Санкт-Петербург
2023

Адаптированная основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология утверждена решением Ученого совета ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России. Протокол № 9 от «4» декабря 2023 г.

Утвержденная адаптированная основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология 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 31.08.28 Гастроэнтерология рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «28» ноября 2023 г., протокол № 13/2023.

РЕЦЕНЗЕНТЫ:

Фамилия, Имя, Отчество	Место работы, должность, название организации	Ученая степень
Успенский Юрий Павлович	Заведующий кафедрой факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана , ФГБОУ ВО Санкт-Петербургский государственный медицинский университет Минздрава России	д.м.н.
Тыренко Вадим Витальевич	Начальник кафедры и клиники факультетской терапии Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова	д.м.н.
Рыбин Евгений Владимирович	Заместитель главного врача по терапии СПб ГБУЗ «Елизаветинская больница»	к.м.н.

СОДЕРЖАНИЕ

Оглавление

1. Общие положения 4
1.1.Введение....4
1.2. Нормативные документы....4
1.3 Документы, регламентирующие содержание и организацию образовательного процесса при реализации программы ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология....7
1.4 Характеристика специальности....7
2. Характеристика профессиональной деятельности выпускников....11
3. Требования к результатам освоения программы ординатуры....12
4. Структура и содержание программы ординатуры....19
4.1. Учебный план и календарный учебный график....21
4.2.Рабочие программы дисциплин (модулей) и практик....21
4.3. Оценочные средства....21
5. Государственная итоговая аттестация....22
5.1. Рабочая программа воспитания....22
5.2.Календарный план событий и мероприятий воспитательной направленности....23
6. Условия реализации программы ординатуры....23
7. Список разработчиков....25

Приложение 1 Перечень профессиональных стандартов
Приложение 2 Перечень обобщённых трудовых функций
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

1. Общие положения

1.1. Введение

Адаптированная основная профессиональная образовательная программа высшего образования – программа подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре (далее — программа ординатуры) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья (далее – ОВЗ) по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология, реализуемая в федеральном государственном бюджетном учреждении «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова» Министерства здравоохранения Российской Федерации представляет собой комплекс документов, разработанный и утвержденный с учетом профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог», потребностей рынка труда, требований федеральных органов исполнительной власти в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования (далее – ФГОС ВО) по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология, а так же с учётом требований к квалификационным характеристикам ЕКСД и иных компонентов: оценочных и методических материалов, а также предусмотренных Федеральным законом №273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации» случаях в виде рабочих программ воспитания, календарного плана воспитательной работы и форм аттестации, обеспечивающих качество подготовки обучающихся 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.

Программа ординатуры включает в себя все виды профессиональной деятельности, к которым готовится ординатор.

1.2. 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);
- 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 оснащенности 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 по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации), утвержденный приказом Минобрнауки России от 25 августа 2014 г. № 1070.
- Приказ Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- 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 Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от 1 февраля 2022 г. № 89 «Об утверждении перечня специальностей и направлений подготовки высшего образования по программам бакалавриата, программам специалитета, программам магистратуры, программам ординатуры и программам ассистентуры-стажировки»
- 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 20.12.2012 № 1183н «Об утверждении Номенклатуры должностей медицинских работников и фармацевтических работников» (далее - Номенклатура должностей медицинских работников);
- Приказ Минздрава России от 02.05.2023 г. № 206 н «Об утверждении Квалификационных требований к медицинским и фармацевтическим работникам с высшим образованием» (далее – Квалификационные требования);
- Приказ Минздрава России от 28 октября 2022 г. № 709н «Об утверждении Положения об аккредитации специалистов»
- Устав ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
- Локальные нормативные акты ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

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;
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

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.

1.3 Документы, регламентирующие содержание и организацию образовательного процесса при реализации программы ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

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

Совокупность документов, регламентирующих содержание и организацию образовательного процесса при реализации программы ординатуры:

- Общая характеристика программы ординатуры
- Компетентностно-ориентированный учебный план
- Календарный учебный график
- Рабочие программы дисциплин
- Программы практик
- Оценочные средства
- Методические материалы
- Рабочую программу воспитания и календарный план воспитательной работы
- Другие материалы, обеспечивающие качество подготовки обучающихся

1.4 Характеристика специальности

Целью адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями является: подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; освоение теоретических основ и практических навыков, формирование у обучающихся врачебного поведения, мышления и умений, обеспечивающих решение профессиональных задач и применение ими алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и лечению заболеваний у взрослых и детей по профилю «Гастроэнтерология».

Также программа ординатура направлена на формирование эффективной, качественной, современной образовательной системы в области «Гастроэнтерология» и призвана обеспечить конкурентоспособность выпускников в целом на рынке услуг в образовательной, научной, инновационной и профессиональной деятельности.

Квалификация, присваиваемая выпускнику – Врач-гастроэнтеролог.

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

Перечень ОТФ и трудовых функций, имеющих отношение к профессиональной деятельности выпускника программы ординатуры по направлению подготовки (специальности) 31.08.28 Гастроэнтерология, представлен в *Приложении 2.*

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать следующими **универсальными компетенциями** (далее - УК):

готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу (УК-1);

готовностью к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия (УК-2);

готовностью к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения (УК-3).

Выпускник, освоивший программу ординатуры, должен обладать **профессиональными компетенциями** (далее - ПК) в соответствии с видами деятельности, указанными в п.2 настоящего документа:

профилактическая деятельность:

готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания (ПК-1);

готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными (ПК-2);

готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях (ПК-3);

готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков (ПК-4)

диагностическая деятельность:

готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем (ПК-5);

лечебная деятельность:

готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи (ПК-6);

готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации (ПК-7);

реабилитационная деятельность:

готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении (ПК-8);

психолого-педагогическая деятельность:

готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих (ПК-9);

организационно-управленческая деятельность:

готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях (ПК-10);

готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей (ПК-11);

готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации (ПК-12).

Задачи программы ординатуры: подготовка врача, обладающего клиническим мышлением, хорошо ориентирующегося в сложной патологии, имеющего углубленные знания смежных дисциплин; формирование умений в освоении новейших технологий и методик в сфере своих профессиональных интересов.

Трудоемкость программы ординатуры. Объем программы ординатуры составляет 120 зачетных единиц, не включая объем факультативных дисциплин.

Срок получения образования по программе ординатуры:

– в очной форме, включая каникулы, предоставляемые после прохождения государственной итоговой аттестации, вне зависимости от применяемых образовательных технологий, составляет 2 года. Объем программы ординатуры в очной форме обучения, реализуемый за один учебный год, составляет 60 з. е.;

– при обучении по индивидуальному учебному плану срок устанавливается Центром Алмазова самостоятельно, но не более срока получения образования, установленного для соответствующей формы обучения, при обучении по индивидуальному учебному плану лиц с ограниченными возможностями здоровья организация вправе продлить срок не более чем на один год по сравнению со сроком, установленным для соответствующей формы обучения. Объем программы ординатуры за один учебный год при обучении по индивидуальному учебному плану не может составлять более 75 з. е.

Обучение по программе ординатуры осуществляется в очной форме.

По данной специальности не допускается реализация программ ординатуры для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья с применением исключительно электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

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 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.

Содержание программы ординатуры включает обязательную часть (базовую) и часть, формируемую участниками образовательных отношений (вариативную).

Содержание программы ординатуры состоит из следующих блоков:

Блок 1 «Дисциплины», включает дисциплины, относящиеся к базовой части программы, и дисциплины, относящиеся к вариативной части.

Блок 2 «Практики», относящиеся как к базовой части программы, так и к ее вариативной части.

Блок 3 «Государственная итоговая аттестация», который в полном объеме относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации «Врач-гастроэнтеролог».

Структура программы ординатуры		Объем программы ординатуры в з. е.
Блок 1	Дисциплины (модули)	45
	Базовая часть	39
	Вариативная часть	6
Блок 2	Практики	72
	Базовая часть	63
	Вариативная часть	9
Блок 3	Государственная итоговая аттестация	3
	Базовая часть	3
Объем программы ординатуры		120

В реализации практической подготовки обучающихся и государственной итоговой аттестации не допускается применения электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

Образовательный процесс по программе ординатуры разделяется на учебные годы (курсы).

Учебный год начинается с 1 сентября. В учебном году устанавливаются каникулы общей продолжительностью не менее 6 недель. Срок получения высшего образования по программе ординатуры включает каникулы, предоставляемые по заявлению обучающегося после прохождения государственной итоговой аттестации.

Перечень, трудоемкость и распределение по периодам обучения дисциплин, практик, промежуточной аттестации обучающихся и государственной итоговой аттестации обучающихся определяется учебным планом программы ординатуры.

Производственная, клиническая практика (Блок 2) имеет как базовую, так и вариативную части, объём которых заложен в учебном плане и проводится в дискретной форме путём чередования периодов теоретического обучения с периодом проведения практик.

Контроль качества освоения программы ординатуры включает в себя текущий контроль успеваемости, промежуточную аттестацию обучающихся и государственную итоговую аттестацию обучающихся.

Текущий контроль успеваемости обеспечивает оценку хода освоения дисциплин и прохождения практик, промежуточная аттестация обучающихся – оценку промежуточных и окончательных результатов обучения по дисциплинам и прохождения практик.

Для реализации программы ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология предусмотрены требования к: кадровым условиям реализации программы; материально-техническому и учебно-методическому обеспечению программы; финансовым условиям реализации программы.

Образовательная деятельность по программе ординатуры осуществляется на языке Российской Федерации.

Требования к поступающему в ординатуру.

К освоению программы ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология допускаются лица, имеющие высшее профессиональное образование по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия».

2. Характеристика профессиональной деятельности выпускников

Область профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, включает охрану здоровья граждан путем обеспечения оказания высококвалифицированной медицинской помощи в соответствии с установленными требованиями и стандартами в сфере здравоохранения.

Объектами профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры, являются:

физические лица (пациенты) в возрасте от 0 до 15 лет, от 15 до 18 лет (далее - подростки) и в возрасте старше 18 лет (далее - взрослые);

население;

совокупность средств и технологий, направленных на создание условий для охраны здоровья граждан.

Виды профессиональной деятельности, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:

профилактическая;

диагностическая;

лечебная;

реабилитационная;

психолого-педагогическая;

организационно-управленческая.

Программа ординатуры включает в себя все виды профессиональной деятельности, к которым готовится ординатор.

Задачи профессиональной деятельности выпускников, освоивших программу ординатуры:

профилактическая деятельность:

предупреждение возникновения заболеваний среди населения путем проведения профилактических и противоэпидемических мероприятий

проведение профилактических медицинских осмотров, диспансеризации, диспансерного наблюдения;

проведение сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья населения различных возрастно-половых групп, характеризующих состояние их здоровья;

диагностическая деятельность:

диагностика заболеваний и патологических состояний пациентов на основе владения пропедевтическими, лабораторными, инструментальными и иными методами исследования;

диагностика неотложных состояний;

диагностика беременности;

проведение медицинской экспертизы;

лечебная деятельность:

оказание специализированной медицинской помощи;

участие в оказании скорой медицинской помощи при состояниях, требующих срочного медицинского вмешательства;

оказание медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участие в

медицинской эвакуации;

реабилитационная деятельность:

проведение медицинской реабилитации и санаторно-курортного лечения;

психолого-педагогическая деятельность:

формирование у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих;

организационно-управленческая деятельность:

применение основных принципов организации оказания медицинской помощи в медицинских организациях и их структурных подразделениях;

организация и управление деятельностью медицинских организаций и их структурных подразделений;

организация проведения медицинской экспертизы;

организация оценки качества оказания медицинской помощи пациентам;

ведение учетно-отчетной документации в медицинской организации и ее структурных подразделениях;

создание в медицинских организациях и их структурных подразделениях благоприятных условий для пребывания пациентов и трудовой деятельности медицинского персонала с учетом требований техники безопасности и охраны труда;

соблюдение основных требований информационной безопасности.

3. Требования к результатам освоения адаптированной программы ординатуры

Требования к результатам освоения программы ординатуры представляют собой совокупность универсальных и профессиональных компетенций, которыми должен обладать выпускник, освоивший программу ординатуры. Требования к результатам освоения программы ординатуры соответствуют требованиям ФГОС ВО.

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1.	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	- методы формальной логики	- самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - прослеживать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию	- способностью формулировать и оценивать гипотезы
2.	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	- основы медицинской психологии; - психологию личности (основные теории личности, темперамент, эмоции, мотивация, воля, способности человека); - основы возрастной психологии и психологии развития; основы социальной	- бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия; брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий; - принимать решения в	- способностью четко и ясно изложить свою позицию при обсуждении различных ситуаций; - навыками управления коллективом, ведения переговоров и межличностных бесед; - способностью и готовностью реализовать

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			психологии (социальное мышление, социальное влияние, социальные отношения); - определение понятий «этика», «деонтология», «медицинская деонтология», «ятрогенные заболевания», риск возникновения ятрогенных заболеваний в гастроэнтерологической практике; факторы, способствующие возникновению и развитию ятрогенных заболеваний; характер клинического проявления ятрогенных заболеваний; прогноз ятрогенных заболеваний.	стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность; - работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами; - соблюдать этические и деонтологические нормы	этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим персоналом, пациентами и их родственниками.
3.	УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	- понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.	- использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности; организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество; - ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности; самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации; подготовить необходимую документацию в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории; - проводить научные исследования по полученной специальности	- поиском и использованием информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития
4.	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и	- организацию гастроэнтерологической помощи в Российской Федерации; - основные направления развития современной	- выделять группы риска по развитию основных гастроэнтерологических заболеваний среди населения; - дать рекомендации по	- методикой клинического исследования органов пищеварительной системы; - методами ранней

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
		укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	гастроэнтерологии; - основные этапы развития гастроэнтерологии, представителей гастроэнтерологических школ; - эпидемиологию и социальную значимость гастроэнтерологических заболеваний - факторы риска возникновения гастроэнтерологических заболеваний с учетом возрастно-половых групп. - первичную и вторичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых. - этиологию и патогенез гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых. - принципы формирования здорового образа жизни - вопросы ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний, включая редкие - методы и принципы санитарно-просветительской работы среди населения	первичной и вторичной профилактике основных гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых; - проводить раннюю диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - проводить санитарно-просветительскую работу среди населения разных возрастных групп, направленную на формирование здорового образа жизни и предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний	диагностики гастроэнтерологических заболеваний
5.	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	- информацию о распространенности и частоте встречаемости основных групп гастроэнтерологических заболеваний в Российской Федерации; - факторы риска и начальные клинические проявления гастроэнтерологических заболеваний; - возможности ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний; - варианты течения хронических гастроэнтерологических заболеваний; - принципы диспансерного наблюдения за пациентами с гастроэнтерологическими заболеваниями (кратность осмотров, перечень диагностических	- интерпретировать информацию, полученную при клиническом и дополнительных методах исследования здорового населения разных возрастных групп; - назначить мероприятия первичной профилактики группам населения, подлежащим прохождению профилактических осмотров и диспансерному наблюдению; - дать рекомендации пациенту и лечащему врачу по дальнейшей тактике ведения пациента	- практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком пропаганды здорового образа жизни и мероприятий по первичной профилактике гастроэнтерологических заболеваний; - навыком оформления медицинской документации с использованием современных технологических возможностей для архивирования, передачи и хранения информации

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			исследований, необходимость реабилитационных мероприятий); - первичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний		
6.	ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	- знать перечень проведению противоэпидемических мероприятий, принципы организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	- организовывать и проводить противоэпидемические мероприятия по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	- принципами организации и проведения противоэпидемических мероприятии по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
7.	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- принципы социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- проводить социально-гигиенический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- методиками проведения социально-гигиенического анализа и принципами анализа полученной информации и анализа о показателях здоровья взрослых и подростков
8.	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	- анатомию, физиологию пищеварительной системы в норме и при патологических состояниях; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - стандартный алгоритм и особенности проведения опроса пациента с гастроэнтерологическим заболеванием; - жалобы, характерные для гастроэнтерологических заболеваний; - этиологию, патогенез, классификации, клиническую картину, методы диагностики, дифференциальный диагноз гастроэнтерологических заболеваний;	- собрать анамнез и получить информацию о заболевании (опросить пациента, родственников, работать с медицинской документацией); - применить объективные методы исследования пациента; - выделить ведущие гастроэнтерологические синдромы и поставить предварительный диагноз; - поставить и обосновать клинический диагноз; - пользоваться МКБ-10 для постановки клинического диагноза; - определить необходимость дополнительных методов исследования, интерпретировать полученные данные; - провести дифференциальную диагностику гастроэнтерологического	- методикой сбора анамнеза у гастроэнтерологического больного; - практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей; - навыком интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			- МКБ-10; формулировки диагнозов гастроэнтерологических заболеваний; - лабораторные и инструментальные диагностические методы (лучевые и другие визуализационные, ультразвуковые методы), их информативность, показания и противопоказания к использованию при гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых	заболевания; - оценить тяжесть состояния больного по клиническому и дополнительным методам исследования, оценить динамику гастроэнтерологической симптоматики во времени	(лучевых и других визуализационных, ультразвуковых) методов исследования
9.	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	- общие вопросы организации гастроэнтерологической помощи в РФ, и связанными с ней вопросами организации работы скорой и неотложной помощи; - организацию помощи пациентам с гастроэнтерологическими заболеваниями - показания к различным формам оказания гастроэнтерологической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации; - различные способы лечения гастроэнтерологических заболеваний: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое, паллиативное; - современные стандарты лечения гастроэнтерологических заболеваний и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту; - основы фармакотерапии гастроэнтерологических заболеваний (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного	- выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение); - определить наличие нетрудоспособности пациента; - назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при гастроэнтерологических заболеваниях с учетом возраста и индивидуальных особенностей пациента; - оценить динамику течения заболевания, внести коррективы в лечебную тактику; - прогнозировать течение и исход заболевания; - информировать пациента о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе заболевания на основе принципов этики и деонтологии	- методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам гастроэнтерологического профиля

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			лечения у пациентов разных возрастных групп (особенности использования в детском возрасте и гериатрии); - современные возможности прогнозирования индивидуальных реакций и чувствительности организма при использовании фармакологических препаратов; - хирургические методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (показания и противопоказания); - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов		
10.	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- знать принципы к оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- уметь организовать обеспечение медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
11.	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	- эпидемиологию гастроэнтерологических заболеваний, имеющих исход в инвалидизацию; - прогноз и исходы гастроэнтерологических заболеваний; - методы реабилитации (ранние и поздние) гастроэнтерологических заболеваний; - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания,	- определить реабилитационную программу пациенту с гастроэнтерологическим с учетом возраста, потребностей пациента, прогнозируемого результата и экономической целесообразности	- навыком ведения медицинской документации и ее оформления на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов		
12.	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- владеть принципами формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
13.	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	- Законодательство Российской Федерации, - Локальные номенклатурные акты учреждения, - принципы организации гастроэнтерологической помощи	- организовать работу гастроэнтерологического отделения и смежных специалистов; - организовать документооборот гастроэнтерологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов	- применением законов и положений в сфере организации гастроэнтерологической помощи; навыками оформления медицинской документации пациента; - навыками оформления отчетной и организационной документации гастроэнтерологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов
14.	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	- Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; - методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; - вопросы организации медицинской помощи населению; - статистику состояния здоровья населения; - критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения; - организацию	Применять методики изучения состояния здоровья населения; - анализировать деятельность (организацию, качество и эффективность) организаций здравоохранения; - использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции.	- навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей; - навыком интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других визуализационных, ультразвуковых) методов исследования; - методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам гастроэнтерологического профиля

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			экспертизы качества медицинской помощи; - вопросы экспертизы временной нетрудоспособности; - основы менеджмента; - основы страховой медицины		
15.	ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	- основы и основные этапы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	- организовать медицинскую помощь и эвакуацию при чрезвычайных ситуациях	- основными подходами и алгоритмами практических действий для оказания и организации эффективной медицинской помощи и эвакуации при чрезвычайных ситуациях

4. Структура и содержание программы ординатуры

Индекс	Наименование дисциплин (модулей), разделов и тем
Б1	**Блок 1. ДИСЦИПЛИНЫ**
Б1.Б	**БАЗОВАЯ ЧАСТЬ**
Б1.Б.1	**Гастроэнтерология**
Б1.Б.1.1	Раздел 1. Заболевания пищевода
Б1.Б.1.2	Раздел 2. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки
Б1.Б.1.3	Раздел 3. Заболевания тонкой и толстой кишки
Б1.Б.1.4	Раздел 4. Заболевания печени и билиарного тракта
Б1.Б.1.5	Раздел 5. Заболевания поджелудочной железы
Б1.Б.1.6	Раздел 6. Неотложная гастроэнтерология
Б1.Б.1.7	Раздел 7. Онкогастроэнтерология
Б1.Б.1.8	Раздел 8. Поликлиническая гастроэнтерология
Б1.Б.1.9	Раздел 9. Поражения органов пищеварения при других заболеваниях
Б1.Б.2	**Педагогика**
Б1.Б.2.1	Раздел 1. Педагогика как наука, её роль в деятельности врача.
Б1.Б.2.2	Раздел 2. Современные методы и образовательные технологии; их использование в профессиональной деятельности врача.
Б1.Б.2.3	Раздел 3. Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача..
Б1.Б.2.4	Раздел 4. Психология как наука. Предмет и методы психологии. Психические процессы, состояния, свойства. Психодиагностические методики
Б1.Б.2.5	Раздел 5. Психологические особенности больного. Индивидуально — психологические особенности. Темперамент, личность, характер. Эмоциональные состояния. Депрессия, тревога, астения, агрессия
Б1.Б.5.6	Раздел 6. Синдром эмоционального выгорания. Признаки эмоционального выгорания. Стадии эмоционального выгорания. Профилактика.
Б1.Б.3	**Современные IT-технологии в здравоохранении (адаптированная программа)**
Б1.Б.3.1	Раздел 1. Введение в ИТ
Б1.Б.3.2	Раздел 2. Процедуры обработки информации
Б1.Б.3.3	Раздел 3. Средства обработки информации
Б1.Б.3.4	Раздел 4. Защита данных

Б1.Б.3.5	Раздел 5. Базы данных
Б1.Б.3.6	Раздел 6. Автоматизация обработки данных
Б1.Б.4	**Медицина чрезвычайных ситуаций**
Б1.Б.4.1	Раздел 1. Единая Государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций в РФ (РСЧС). Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК)
Б1.Б. 4.2	Раздел 2. Тема 2. Задачи, структура службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях
Б1.Б. 4.3	Раздел 2. Тема 2. Гражданская оборона Российской Федерации. Медицинские силы гражданской обороны здравоохранения Российской Федерации.
Б1.Б. 4.4	Раздел 2. Тема 3. Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. Основные принципы и способы защиты населения в чрезвычайных ситуациях
Б1.Б. 4.5	Раздел 2. Тема 4. Основы организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени
Б1.Б. 4.6	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
Б1.Б.5	**Общественное здоровье и здравоохранение**
Б1.Б.5.1	Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ
Б1.Б.5.2	Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения.
Б1.Б 5.3	Раздел 3. Биостатистика.
Б1.Б.5.4	Раздел 4. Экспертиза нетрудоспособности
Б1.Б.5.5	Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.
Б1.Б.5.6	Раздел 6. Кадровое обеспечение здравоохранения.
Б1.Б.6	**Патология**
Б1.Б.6.1	Раздел № 1 Патологическая анатомия
Б1.Б. 6.1.1	*Тема 1. Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.*
Б1.Б.6.1.2	*Тема 2. Танатогенез. Оформление истории болезни в случае смерти пациента*
Б1.Б.6.1.3	*Тема 3. Правила формулировки посмертного клинического диагноза.*
Б1.Б.6.1.4	*Тема 4. Правовые основы работы патологоанатомической службы.*
Б1.Б. 6.2	Раздел № 2 Патологическая физиология
Б1.Б.6.2.1	*Тема 1. Патофизиология заболеваний сердечно-сосудистой системы.*
Б1.Б.4.6.2	*Тема 2. Патофизиология метаболического синдрома. Механизмы и причины нарушения обменных процессов в организме.*
Б1.Б.4.6.3	*Тема 3. Патофизиология тканевого(опухолевого) роста. Значение причинно-следственной связи приводящие к опухолевой атипий и онкогенезу.*
Б1.В	**Вариативная часть**
Б1.В.ОД	**Обязательные дисциплины**
Б1.В.ОД.1	Основы проведения клинических исследований. Качественная клиническая практика
Б1.В.ДВ	**Дисциплины по выбору**
Б1.В.ДВ.1	Основы психосоматики
Б1.В.ДВ.2	Психологические аспекты медицинской реабилитации
Б.2	**Блок 2. ПРАКТИКИ**
Б2.1	Производственная (клиническая) практика (базовая часть)
Б2.2.	Обучающий симуляционный курс

Б2.2.1	Раздел 1. Общеврачебные навыки и экстренная медицинская помощь
Б2.2.2	Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь
Б2.2.3	Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки
Б2.3	Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)
Б3	**Блок 3. ГОСУДАРСТВЕННАЯ ИТОГОВАЯ АТТЕСТАЦИЯ**
ФТД	**Факультативы**
ФТД.1	Русский язык и культура речи
ФТД.2	Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача
ФТД.3	Основы военной подготовки

4.1. Учебный план и календарный учебный график

В учебном плане отображены логическая последовательность освоения дисциплин ОПОП, обеспечивающих формирование компетенций; указана общая трудоемкость дисциплин/практик в зачетных единицах и академических часах, распределённая по курсам обучения с выделением контактной и самостоятельной работы. *Учебный план представлен в Приложении 3.*

Календарный учебный график освоения образовательной программы отражает 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) и *представлен в Приложении 4.*

4.2. 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 достижения универсальных и профессиональных компетенций выпускника (*Приложение 6*).

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.

Аннотации рабочих программ и практик включают в себя аннотации на базовые обязательные дисциплины и практики, а также аннотации программ на вариативные дисциплины и практики и *представлены в Приложении 5*.

Сформирована обобщающая матрица осваиваемых компетенций (*Приложение 7*).

4.3. Оценочные средства

В соответствии с требованиями ФГОС ВО для аттестации обучающихся 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 может включать в себя типовые задания, тесты, контрольные вопросы, ситуационные задачи, задание 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. Государственная итоговая аттестация

Государственная итоговая аттестация обучающихся по основной профессиональной образовательной программе высшего образования – программе подготовки кадров высшего образования в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология направлена на выявление теоретической и практической подготовки врача-гастроэнтеролога в соответствии с требованиями ФГОС ВО.

Обучающийся допускается к государственной итоговой аттестации после изучения дисциплин в объеме, предусмотренном учебным планом программы ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

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 31.08.28 Гастроэнтерология.

Обучающимся инвалидам и лицам с ограниченными возможностями здоровья, не прошедшим государственную итоговую аттестацию или получившим на государственной 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 государственную 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.

5.1. Рабочая программа воспитания

Рабочая программа воспитания по программе ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология 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 (*Приложение 8*).

5.2. 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 (*Приложение 9*).

6. Условия реализации программы ординатуры

Центр Алмазова располагает материально-технической базой, соответствующей действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивающей проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической работы обучающихся, предусмотренной учебным планом. Каждый обучающийся в течение всего периода обучения обеспечен индивидуальным неограниченным доступом к нескольким электронно-библиотечным системам (электронным библиотекам) и к электронной информационно-образовательной среде Центра Алмазова.

Электронно-библиотечная система (электронная библиотека) и электронная информационно-образовательная среда Центра Алмазова обеспечивает возможность доступа обучающегося из любой точки, в которой имеется доступ к информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» (далее – «Интернет»), как на территории Центра Алмазова, так и вне его.

Электронная информационно-образовательная среда Центра Алмазова обеспечивает:

- доступ к учебным планам, рабочим программам дисциплин, практик, к изданиям электронных библиотечных систем и электронным образовательным ресурсам, указанным в рабочих программах;
- фиксацию хода образовательного процесса, результатов промежуточной аттестации и результатов освоения адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья;
- проведение всех видов занятий, процедур оценки результатов обучения, реализация которых предусмотрена с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий;
- формирование электронного портфолио обучающихся, 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 обеспечивается соответствующими средствами информационно-коммуникационных технологий и квалификацией работников, ее использующих и поддерживающих. Функционирование электронной информационно-образовательной среды должно соответствовать законодательству Российской Федерации.

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 руководящих и научно-педагогических работников Центра Алмазова соответствует квалификационным характеристикам, установленным квалификационными требованиями к медицинским и фармацевтическим работникам, утвержденными Министерством здравоохранения Российской Федерации, и квалификационным характеристикам, установленным в Едином квалификационном справочнике должностей руководителей, специалистов и служащих, разделе «Квалификационные характеристики должностей руководителей и специалистов высшего профессионального и дополнительного профессионального образования», утвержденном приказом Министерства здравоохранения и социального развития Российской Федерации от 11 января 2011 г. № 1н.

Доля штатных научно-педагогических работников (в приведенных к целочисленным значениям ставок) составляет не менее 70 процентов от общего количества научно-педагогических работников Центра Алмазова.

Реализация программы ординатуры обеспечивается руководящими и научно-педагогическими работниками организации, а также лицами, привлекаемыми к реализации программы ординатуры на условиях гражданско-правового договора.

Доля научно-педагогических работников (в приведенных к целочисленным значениям ставок), имеющих образование, соответствующее профилю преподаваемой дисциплины, в общем числе научно-педагогических работников, реализующих программу ординатуры, не менее 70 процентов.

Доля научно-педагогических работников (в приведенных к целочисленным значениям ставок), имеющих ученую степень (в том числе ученую степень, присвоенную за рубежом и признаваемую в Российской Федерации) и (или) ученое звание (в том числе ученое звание, полученное за рубежом и признаваемое в Российской Федерации), в общем числе научно-педагогических работников, реализующих программу ординатуры, не менее 65 процентов.

Доля работников (в приведенных к целочисленным значениям ставок) из числа руководителей и работников организаций, деятельность которых связана с направленностью (спецификой) реализуемой программы ординатуры (имеющих стаж работы в данной профессиональной области не менее 3 лет), в общем числе работников, реализующих программу ординатуры, не менее 10 процентов.

Необходимый для реализации программы ординатуры перечень материально-технического и учебно-методического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

- аудитории, оборудованные мультимедийными и иными средствами обучения;
- аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой;
- помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями, и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью.

Помещения для самостоятельной работы обучающихся оснащены компьютерной техникой с возможностью подключения к сети «Интернет» и обеспечением доступа в электронную информационно-образовательную среду Центра Алмазова.

Центр Алмазова обеспечен необходимым комплектом лицензионного программного обеспечения.

В целях совершенствования адаптированной образовательной программы для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья по специальности 31.08.28

Гастроэнтерология 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.

Финансовое обеспечение реализации программы ординатуры осуществляется в объеме не ниже установленных Министерством образования и науки Российской Федерации базовых нормативных затрат на оказание государственной услуги в сфере образования для данного уровня образования и специальности с учетом корректирующих коэффициентов, в соответствии с Методикой определения нормативных затрат на оказание государственных услуг по реализации образовательных программ высшего образования по специальностям (направлениям подготовки) и укрупненным группам специальностей (направлений подготовки), утвержденной приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 30 октября 2015 года № 1272.

7. Список разработчиков

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Фоминых Юлия Александровна	д.м.н., доцент	Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Иванов Сергей Витальевич	к.м.н.	Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Добренко Виталий Антонович	к.м.н.	Доцент кафедры факультетской терапии с клиникой	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.	Михайлова Нинель Вадимовна	к.х.н.	Заведующий кафедрой математики и естественнонаучных дисциплин	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
7.	Конради Александра Олеговна	д.м.н.	Заведующий кафедрой организации, управления и экономики здравоохранения	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
9.	Галагудза Михаил Михайлович	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической физиологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
10.	Митрофанова Любовь Борисовна	д.м.н.	Заведующий кафедрой патологической анатомии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
По методическим вопросам				
12.	Овечкина Мария Андреевна	к.м.н.	Заведующий учебно-методическим отделом	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Приложение 1

Перечень профессиональных стандартов, соотнесенных с федеральным государственным образовательным стандартом по направлению подготовки 31.08.28 Гастроэнтерология

№ п/п	Код профессионального стандарта	Наименование области профессиональной деятельности. Наименование профессионального стандарта
1.	02.052	Область профессиональной деятельности – 02 Здравоохранение Профессиональный стандарт " Врач-гастроэнтеролог ", утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. N 139н (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации 8 апреля 2019 г., регистрационный N 54305)

Приложение 2

Перечень обобщённых трудовых функций и трудовых функций, имеющих отношение к профессиональной деятельности выпускника программ ординатуры по направлению подготовки (специальности) 31.08.28 Гастроэнтерология

Обобщенные трудовые функции			Трудовые функции		
код	наименование	уровень квалификации	Наименование	код	уровень (подуровень) квалификации
A	Оказание медицинской помощи населению по профилю "гастроэнтерология"	8	Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы	A/01.8	8
			Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности	A/02.8	8
			Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	A/03.8	8
			Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы	A/04.8	8
			Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и 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 в экстренной форме	A/07.8	8

Приложение 3

Адаптированный учебный план для специальности ординатуры 31.08.28 Гастроэнтерология

Индекс	Наименование	Форма контроля*			з.е.	Итого акад.часов				Курс 1						Курс 2					
		Зачет	Зачет с оц.	КР	Факт	По плану	Конт. раб.	СР	Контроль	з.е.	Лек	Пр	Сем	СР	Контроль	з.е.	Лек	Пр	Сем	СР	Контроль
Блок 1.Дисциплины (модули)					45	1620	880	686	54	34	70	592	8	527	27	11	18	184	8	15	27
Базовая часть					39	1404	786	564	54	32	64	568	8	485	27	7	14	124	8	79	27
Б1.Б.01	Гастроэнтерология	1	23	4	30	1080	692	334	54	24	36	528		273	27	6	12	116		61	27
Б1.Б.02	Педагогика	1			2	72	10	62		2	2		8	62							
Б1.Б.03	Современные IT-технологии в здравоохранении (адаптированная программа)	2			2	72	18	54		2	6	12		54							
Б1.Б.04	Медицина чрезвычайных ситуаций	3			1	36	18	18								1	2	8	8	18	
Б1.Б.05	Общественное здоровье и здравоохранение	1			2	72	30	42		2	6	24		42							
Б1.Б.06	Патология	1			2	72	18	54		2	14	4		54							
Вариативная часть					6	216	94	122		2	6	24		42		4	4	60		80	
Б1.В.01	Основы проведения клинических исследований. Качественная клиническая практика		3		4	144	64	80								4	4	60		80	
Б1.В.ДВ.01	**Дисциплины по выбору Б1.В.ДВ.1**	**2**			2	**72**	**30**	**42**		**2**	**6**	**24**		**42**							
Б1.В.ДВ.01.01	Основы психосоматики	2			2	72	30	42		2	6	24		42							
Б1.В.ДВ.01.02	Психологические аспекты медицинской реабилитации	2			2	72	30	42		2	6	24		42							
Блок 2.Практики					72	2592	1152	133	108	26		372		510	54	46		780		82	54
Базовая часть					63	2268	936	122	108	26		372		510	54	37		564		71	54
Б2.Б.01(П)	Производственная (клиническая) практика (базовая часть)		1234		60	2160	828	1224	108	25		336		510	54	35		492		714	54
Б2.Б.02	Обучающий симуляционный курс	144			3	108	108			1		36				2		72			
Б2.Б.02.01(П)	*Неотложная помощь (общеврачебные навыки)*	14			2	72	72			1		36				1		36			
Б2.Б.02.02(П)	*Специальные профессиональные умения и навыки*	4			1	36	36									1		36			
Вариативная часть					9	324	216	108								9		216		10	
Б2.В.01(П)	Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)	34			9	324	216	108								9		216		108	
Блок 3.Государственная итоговая аттестация					3	108	54	54								3		54		54	
Базовая часть																					
Б3.Б.01	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена				3	108	54	54								3		54		54	
ФТД.Факультативы					4	144	82	62		2	2	46		24		2	12	22		38	
Вариативная часть																					
ФТД.В.01	Русский язык и культура речи	1			2	72	48	24		2	2	46		24							
ФТД.В.02	Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача	4			1	36	16	20								1	6	10		20	
ФТД.В.03	Основы военной подготовки	3			1	36	18	18								1	6	12		18	

Обозначения: КР- курсовая работа,

* В столбцах "Формы контроля" указываются № промежуточных аттестаций

Приложение 4

Календарный учебный график 2024-2025 г.

Мес	Сентябрь					Октябрь				Ноябрь				Декабрь					Январь				Февраль				Март					Апрель				Май				Июнь					Июль				Август			
Пн	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25
Вт	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26
Ср	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19	26	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27
Чт	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28
Пт	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29
Сб	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	1	8	15	22	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30
Вс	*8*	*15*	*22*	*29*	*6*	*13*	*20*	*27*	*3*	*10*	*17*	*24*	*1*	*8*	*15*	*22*	*29*	*5*	*12*	*19*	*26*	*2*	*9*	*16*	*23*	*2*	*9*	*16*	*23*	*30*	*6*	*13*	*20*	*27*	*4*	*11*	*18*	*25*	*1*	*8*	*15*	*22*	*29*	*6*	*13*	*20*	*27*	*3*	*10*	*17*	*24*	*31*
Нед	**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**	**39**	**40**	**41**	**42**	**43**	**44**	**45**	**46**	**47**	**48**	**49**	**50**	**51**	**52**
Пн	П	П	П	П	П	П	П	П	П	*	П	П	П	П	П	П	П	П	*	П	П	П	Э	П	П	*	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	Э	К	К	К	К	К	К	К	К
Вт										П								П	*							П	П	П						П	П						П									
Ср										П								*	*							П	П	П						П	П						П									
Чт										П								*	П							П	П	П						*	П						*									
Пт										П								*	П							П	П	П						П	*						П									
Сб										П								*	П							П	*	П						П	П															

Календарный учебный график 2025-2026 г.

Мес	Сентябрь					Октябрь				Ноябрь				Декабрь					Январь				Февраль				Март					Апрель				Май				Июнь					Июль				Август			
Пн	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	2	9	16	23	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24
Вт	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	3	10	17	24	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25
Ср	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	4	11	18	25	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26
Чт	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	5	12	19	26	5	12	19	26	2	9	16	23	30	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27
Пт	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28	5	12	19	26	2	9	16	23	30	6	13	20	27	6	13	20	27	3	10	17	24	1	8	15	22	29	5	12	19	26	3	10	17	24	31	7	14	21	28
Сб	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29	6	13	20	27	3	10	17	24	31	7	14	21	28	7	14	21	28	4	11	18	25	2	9	16	23	30	6	13	20	27	4	11	18	25	1	8	15	22	29
Вс	*7*	*14*	*21*	*28*	*5*	*12*	*19*	*26*	*2*	*9*	*16*	*23*	*30*	*7*	*14*	*21*	*28*	*4*	*11*	*18*	*25*	*1*	*8*	*15*	*22*	*1*	*8*	*15*	*22*	*29*	*5*	*12*	*19*	*26*	*3*	*10*	*17*	*24*	*31*	*7*	*14*	*21*	*28*	*5*	*12*	*19*	*26*	*2*	*9*	*16*	*23*	*30*
Нед		**1**	**2**	**3**	**4**	**5**	**6**	**7**	**8**	**9**	**10**	**11**	**12**	**13**	**14**	**15**	**16**	**17**	**18**	**19**	**20**	**21**	**22**	**23**	**24**	**25**	**26**	**27**	**28**	**29**	**30**	**31**	**32**	**33**	**34**	**35**	**36**	**37**	**38**	**39**	**40**	**41**	**42**	**43**	**44**	**45**	**46**	**47**	**48**	**49**	**50**	**51**
Пн	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	*	П	П	Э	П	П	П	*	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	П	Э	Г	Г	К	К	К	К	К	К	К	К
Вт										*								П	*							П								П	П						П									
Ср										П								П	*							П								П	П						П									
Чт										П								*	*							П								П	П						П									
Пт										П								*	П							П								*	П						*									
Сб										П								*	П							П								П	*						П									

Обозначения:

П	Теоретическое обучение и практики
Э	Экзаменационные сессии
Г	Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена
К	Каникулы
*	Нерабочие праздничные дни (не включая воскресенья)

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
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

АННОТАЦИИ
рабочих программ дисциплин

адаптированной основной профессиональной образовательной программы высшего образования
(для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья)
по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**
(Уровень подготовки кадров высшей квалификации)

Форма обучения: очная
Нормативный срок обучения: 2 года

ФГОС ВО утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «25» августа 2014 г. № 1070

Санкт-Петербург
2023

АННОТАЦИЯ

рабочей программы по дисциплине

«ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»

Целью освоения учебной дисциплины является подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; освоение теоретических основ и практических навыков, формирование у обучающихся врачебного поведения, мышления и умений, обеспечивающих решение профессиональных задач и применение ими алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и лечению заболеваний у взрослых и детей по профилю «Гастроэнтерология».

Задачи изучения дисциплины:

1. Освоение теоретических знаний необходимых для подготовки, принятия и реализации эффективных решений в области профессиональной деятельности.
2. Овладение практическими навыкам, необходимыми для подготовки, принятия и реализации эффективных решений в области профессиональной деятельности.
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, возможности проведения педагогической деятельности.

Общая трудоемкость составляет 30 ЗЕТ (**1080** час.)

Место дисциплины в структуре образовательной программы:
Дисциплина «Гастроэнтерология» относится к обязательной части Блока 1. «Дисциплины (модули)» специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

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

УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем

ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи

ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

ПК-8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

Разделы изучаемой дисциплины:

Раздел 1. Заболевания пищевода

Раздел 2. Заболевания желудка и ДПК

Раздел 3. Заболевания тонкой и толстой кишки

Раздел 4. Заболевания печени и билиарного тракта
Раздел 4. Заболевания печени и билиарного тракта
Раздел 5. Заболевания поджелудочной железы
Раздел 6. Неотложная гастроэнтерология
Раздел 7. Онкогастроэнтерология
Раздел 8. Поликлиническая гастроэнтерология
Раздел 9. Поражения органов пищеварения при других заболеваниях

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа и самостоятельная работа.
Изучение дисциплины заканчивается: зачётами с оценками и курсовой работой.

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: А
Дисциплина «Педагогика» относится к обязательной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) компетенций:
УК-3 Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения

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 IT- ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (адаптированная программа)»

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.

1.

Задачами дисциплины для инвалидов и лиц и с ограниченными возможностями или с другими нарушениями здоровья **являются:**

2. Сформировать понятия о связи информационных технологий с другими дисциплинами: доказательной медициной, организацией здравоохранения, организацией научно-исследовательских работ, математикой, статистикой;
3. Овладеть способами поиска, получения, очистки, обработки, передачи, распространения, хранения и представления информации с использованием информационных технологий;
4. Изучить методы правовой и информационной защиты данных;
5. Освоить информационные основы управления проектами и базами данных; понять процесс документооборота;
6. Овладеть техническими приемами подготовки, оформления и публикации презентаций, докладов, статей; получить знания по основам документооборота;
7. 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 IT-технологии в здравоохранении (адаптированная программа)» относится к обязательной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:
УК-1 Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;

ПК-4 Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков.

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

В ИМО создана и функционирует электронная информационно-образовательная среда (далее - ЭИОС), включающая в себя электронные информационные ресурсы, электронные образовательные ресурсы. ЭИОС обеспечивает освоение обучающимся инвалидам и лиц с ограниченными возможностями с другими нарушениями здоровья образовательными программами в полном объеме независимо от места нахождения обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями с другими нарушениями здоровья. Электронные библиотеки обеспечивают доступ к профессиональным базам данных, справочным и поисковым системам, а также иным информационным ресурсам.

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 (адаптированная программа)» 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.

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.

Задачи освоения основ военной подготовки:

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 зашиты;
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.

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

Место дисциплины в структуре образовательной программы:
Дисциплина «Медицина чрезвычайных ситуаций» относится к обязательной части Блока1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ПК-3 Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации деятельность
ПК-12 Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

Разделы изучаемой дисциплины:

Раздел 1. Единая Государственная система предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций в РФ (РСЧС). Всероссийская служба медицины катастроф (ВСМК)
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
Подготовка реферата по заданной теме.

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа, подготовка реферата, 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, общепрофессиональных и профессиональных компетенций, необходимых для решения задач в области общественного здоровья и здравоохранения.

Задачами освоения дисциплины являются:

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.

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» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

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

УК-2 Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия

ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания

ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

ПК-4 Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

ПК-9 Готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих

ПК-10 Готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях

ПК-11 Готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

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 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 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» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

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.
Тема 4. Правовые основы работы патологоанатомической службы.
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
«ОСНОВЫ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. КАЧЕСТВЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»

Цель изучения дисциплины – формирование у врача-ординатора углубленных знаний в вопросах, касающихся принципов планирования и проведения клинических исследований лекарственных препаратов, а также систематизация знаний методов оценки доказательной базы клинических и лабораторных методов исследования и формирование у обучающихся устойчивых навыков их применения в лечебно-диагностическом процессе.

Задачи изучения дисциплины:

1. Ознакомление с основными видами клинических исследований;
2. Ознакомление с принципами Качественной клинической практики;
3. Обучение основам планирования собственных клинических и научных исследований с учетом принципов Качественной клинической практики;
4. Обучение правилам соблюдения этических норм при планировании клинического или экспериментального исследования;
5. Формирование навыков оценки доказательной базы медицинской и биологической информации.

Общая трудоемкость составляет 4 ЗЕТ (**144** час.)

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина по выбору «Основы проведения клинических исследований. Качественная клиническая практика» относится к Блоку 1. «Дисциплины» (вариативная часть) учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся общепрофессиональных (ОПК) и профессиональных (ПК) компетенций:
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

Разделы изучаемой дисциплины:
Раздел 1. История клинических исследований
Раздел 2. Качественная клиническая практика
Раздел 3. Клиническое исследование
Раздел 4. Исследовательский центр
Раздел 5. Этические вопросы
Раздел 6. Документация в клинических исследованиях
Раздел 7. Препарат и материалы исследования
Раздел 8. Нежелательные явления
Раздел 9. Результаты клинических исследований
Раздел 10. Контроль в клинических исследованиях
Раздел 11. Ошибки и обман в клинических исследованиях

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 психосоматический 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. «Дисциплины» (модуля «Элективные дисциплины. Общепрофессиональный модуль») учебного плана специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

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

УК-1 Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ПК-9 Способен выстраивать взаимодействие в рамках своей профессиональной деятельности.

Темы изучаемой дисциплины:

Тема 1. Введение в психологию реабилитации.
Тема 2. Психология пациента на этапе реабилитации.
Тема 3. Психологические аспекты реабилитации пациентов различного профиля.
Тема 4. Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания.

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

АННОТАЦИЯ

рабочей программы по дисциплине

«ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ»

Цель изучения дисциплины – формирование представлений ординаторов о роли психологического сопровождения в комплексе реабилитационных мероприятий для пациентов различного профиля и об основных методах психологической помощи на этапе реабилитации.

Задачи изучения дисциплины:

1. Сформировать представление о об основных задачах психологического сопровождения в комплексе реабилитационных мероприятий.
2. Изучить этапы психологической адаптации человека к ситуации реабилитации.
3. Рассмотреть принципы и приемы конструктивного взаимодействия врача с человеком в период реабилитации и его родственниками.
4. Познакомить ординаторов с методами психологической помощи на этапе реабилитации, включая возможности индивидуального и группового, очного и онлайн сопровождения.

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

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Психологические аспекты медицинской реабилитации» относится к дисциплинам по выбору Блока 1. «Дисциплины» вариативной части учебного плана.

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

УК-1 Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу

ПК-8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении

Темы изучаемой дисциплины:

Тема 1. Основы коммуникации в медицине
Тема 2. Приемы эффективной профессиональной коммуникации врача
Тема 3. Навыки коммуникации врача в особых случаях

Виды учебной работы: занятия лекционного типа, занятия семинарского типа, подготовка реферата и презентации, 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-2 Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия
УК-3 Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения

Темы 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 ВОЕННОЙ ПОДГОТОВКИ»

Целью изучения дисциплины получение знаний, умений и навыков, необходимых для становления обучающихся Центра Алмазова в качестве граждан способных и готовых к выполнению воинского долга и обязанности по защите своей Родины в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Задачи освоения основ военной подготовки:

1. Формирование у обучающихся понимания главных положений военной доктрины Российской Федерации, а также основ военного строительства и структуры Вооруженных Сил Российской Федерации (ВС РФ);
2. Формирование у обучающихся высокого общественного сознания и воинского долга;
3. Воспитание дисциплинированности, высоких морально-психологических качеств личности гражданина – патриота;
4. Освоение базовых знаний и формирование ключевых навыков военного дела;
5. Раскрытие специфики деятельности различных категорий военнослужащих ВС РФ;
6. Ознакомление с нормативными документами в области обеспечения обороны государства и прохождения военной службы;
7. Формирование строевой подтянутости, уважительного отношения к воинским ритуалам и традициям, военной форме одежды;
8. Изучение и принятие правил воинской вежливости;
9. Овладение знаниями уставных норм и правил поведения военнослужащих

Общая трудоемкость составляет 1 ЗЕТ (**36**час.)

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Основы военной подготовки» относится к факультативной части учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

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

УК-2 - готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия

ПК-3- готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях

Разделы изучаемой дисциплины:

1. Общевоинские уставы Вооруженных Сил Российской Федерации
2. Огневая подготовка из стрелкового оружия

Раздел 3. Основы тактики общевойсковых подразделений

Раздел 4. Радиационная, химическая и биологическая защита

Раздел 5. Основы медицинского обеспечения

Раздел 6. Военно-политическая подготовка

Раздел 7. Правовая подготовка

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

Изучение дисциплины заканчивается: зачётом.

АННОТАЦИЯ

рабочей программы по дисциплине

«ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА»

Целью 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.

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 учебного плана специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

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

ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

Темы 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 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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

АННОТАЦИИ
рабочих программ практик

основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**
(Уровень подготовки кадров высшей квалификации)

Форма обучения: очная
Нормативный срок обучения: 2 года

ФГОС ВО утвержден приказом Министерства образования и науки Российской Федерации «25» августа 2014 г. № 1070

Санкт-Петербург
2023

АННОТАЦИЯ
рабочей программы практики
«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)»

Цель освоения практики: формирование практических умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-гастроэнтеролога во всех видах его деятельности, формирование профессиональных компетенций врача-гастроэнтеролога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач и получение общих профессиональных и специальных навыков при оказании помощи пациентам в острых и угрожающих жизни состояниях.

Задачи освоения практики:

1. Оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы основных гастроэнтерологических заболеваний.
2. Знать патогенез основных гастроэнтерологических заболеваний, особенности их течения в различном возрасте.
3. Планировать объем необходимых обследований для диагностики болезней органов пищеварительной системы.
4. Оценивать тяжесть состояния больного на основе результатов субъективного опроса пациента, физикальных клинических данных, результатов лабораторно-инструментального обследования, выделять и анализировать ведущие синдромы при гастроэнтерологической патологии.
5. Проводить необходимые манипуляции, необходимые для подтверждения диагноза в рамках физикального обследования пациента.
6. Применять на основе научно доказанных методов комплекс интенсивной терапии неотложных состояний.
7. Овладеть современными методиками, используемыми в гастроэнтерологии.
8. Проводить дифференциальную диагностику гастроэнтерологической патологии с учетом коморбидности.
9. Оформлять медицинскую документацию.

Общая трудоемкость составляет 60 ЗЕТ (**2160** час.)

Место практики в структуре образовательной программы:
Вид практики «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» относится к обязательной части Блока 2. «Практики» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу;
ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;
ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными

ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи
ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении
ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;
ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей
ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.

Содержание практики:
В программе практики предусмотрены:
Стационар
- обучение стационарному ведению больных в гастроэнтерологическом отделении;
- дежурства в клинике;
- физикальное обследование пациента;
- назначение плана лабораторного и инструментального обследования;
- интерпретация результатов лабораторного и инструментального обследования;
- диагностика заболевания;
- лечение пациента;
- ведение медицинской документации в рамках стационарного лечения пациента.
Поликлиника
- обучение амбулаторному ведению гастроэнтерологических больных гастроэнтерологическом кабинете амбулаторно-поликлинического учреждения:
- обследование больного в рамках амбулаторного ведения;
- интерпретация результатов лабораторного и инструментального обследования в амбулаторной практике;
- диагностика заболевания и лечение больного в амбулаторной практике;
- ведение медицинской документации в рамках амбулаторной практики;
- проведение медицинской экспертизы;
- участие в диспансеризации.

Виды контроля:
Текущий контроль - наблюдение руководителя практики и заполнение дневника практики.
Промежуточный контроль - отчёт по практике, задания на демонстрацию навыков, ситуационные задачи.

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

Освоение программы заканчивается **зачётами.**

АННОТАЦИЯ
рабочей программы практики
«ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»

Цель изучения практики «Обучающий симуляционный курс»: подготовка высококвалифицированного врача-гастроэнтеролога, обладающего системой универсальных, профессиональных компетенций, способного к организации оказания медицинской помощи, неотложной и реанимационной помощи.

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. Умение оценить и интерпретировать данные лабораторных и инструментальных исследований.
9. Умение оценить и интерпретировать данные физикального обследования органов пищеварительной системы и других систем организма.

Общая трудоемкость составляет 3 ЗЕТ (**108** часов).

Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Дисциплина «Обучающий симуляционный курс» относится к обязательной части Блока 2 «Практики» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Выпускник, освоивший программу практики «Обучающий симуляционный курс», должен обладать следующими универсальными профессиональными компетенциями:
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней (МКБ) и проблем, связанных со здоровьем

ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации

ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации

Разделы изучаемой практики:

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.
Освоение практики заканчивается**: зачётом.**

АННОТАЦИЯ
рабочей программы практики
«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)»

Цель: формирование практических умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-гастроэнтеролога во всех видах его деятельности, формирование профессиональных компетенций врача-гастроэнтеролога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач и получение общих профессиональных и специальных навыков при оказании помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника.

Задачи освоения практики:
1. Оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы воспалительных заболеваний кишечника.
2. Знать патогенез воспалительных заболеваний кишечника, особенности их течения в различном возрасте.
3. Планировать объем необходимых обследований для диагностики воспалительных заболеваний кишечника.
4. Оценивать тяжесть состояния больного на основе результатов субъективного опроса пациента, физикальных клинических данных, результатов лабораторно-инструментального обследования, выделять и анализировать ведущие синдромы при воспалительных заболеваниях кишечника.
5. Проводить необходимые манипуляции, необходимые для подтверждения диагноза в рамках физикального обследования пациента с воспалительными заболеваниями кишечника.
6. Овладеть современными методиками, используемыми в гастроэнтерологии в рамках ведения пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.
7. Проводить дифференциальную диагностику воспалительных заболеваний кишечника.
8. Оформлять медицинскую документацию.

Общая трудоемкость составляет 3 ЗЕТ (**108** час.).
Место дисциплины в структуре образовательной программы:

Вид практики «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)»» относится к части, формируемой участниками образовательных отношений Блока 2. «Практики» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Освоение данной практики направлено на формирование у обучающихся универсальных (УК) и профессиональных (ПК) компетенций:
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи

Разделы практики:
Стационар
- обучение стационарному ведению больных с воспалительными заболеваниями кишечника;
- физикальное обследование пациента с воспалительным заболеванием кишечника;
- назначение плана лабораторного и инструментального обследования пациенту с воспалительным заболеванием кишечника;
- интерпретация результатов лабораторного и инструментального обследования пациента с воспалительным заболеванием кишечника;
- диагностика воспалительных заболеваний кишечника
- лечение пациента с воспалительным заболеванием кишечника в стационаре

Поликлиника
- обучение амбулаторному ведению пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в гастроэнтерологическом кабинете амбулаторно-поликлинического учреждения:
- обследование пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в рамках амбулаторного ведения;
- интерпретация результатов лабораторного и инструментального обследования пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в амбулаторной практике;
- диагностика заболевания и лечение пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в амбулаторной практике.

Виды контроля:
Текущий контроль – тестовые задания.
Промежуточный контроль - отчёт по практике, контрольные вопросы, тестовые задания.

Освоение программы заканчивается: зачетом.

Приложение 6

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
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине **ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ**
(наименование дисциплины)

Уровень профессионального образования **Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**

Специальность **31.08.28 Гастроэнтерология**
(код специальности и наименование)

Факультет **Лечебный факультет**
(наименование факультета)

Кафедра **Кафедра пропедевтики внутренних болезней с клиникой**
(наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**1, 2**
Занятия лекционного типа	**48 час.**
Занятия семинарского типа	**644 час.**
Всего аудиторной работы	**692 час.**
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	**332 час.**
Контроль	**54 час.**
Форма промежуточной аттестации	**зачет/ зачет с оценкой/зачет с оценкой/ курсовая работа**
Общая трудоемкость дисциплины	**1080/30 (час./ зач. ед.)**

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа дисциплины «Гастроэнтерология» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25.08.2014 г. № 1070 «Об утверждении Федерального государственного образовательного стандарта высшего образования по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации № 139н от 111.03.2019 «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Фоминых Юлия Александровна	д.м.н., доцент	Заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Иванов Сергей Витальевич	к.м.н.	Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Добренко Виталий Антонович	к.м.н.	Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой «27» ноября 2023 г., протокол № 11.

Рабочая программа дисциплины «Гастроэнтерология» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «28» ноября 2023 г., протокол № 13 /2023.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Рабочая программа разработана в соответствии с профессиональным стандартом «Врач-гастроэнтеролог», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. N 139н. По итогам прохождения обучения ординатор будет готов оказывать медицинскую помощь населению по профилю «гастроэнтерология», в рамках выполнения необходимых трудовых функций:

1. Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы.
2. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности.
3. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.
4. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы.
5. Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.
6. Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
7. Оказание медицинской помощи в экстренной форме.

Оказывать медицинскую помощь населению по профилю «гастроэнтерология» ординатор сможет в рамках как амбулаторного, так и стационарного звена здравоохранения, пациентам всех возрастных групп.

Рабочая программа сформирована в соответствии с действующим ФГОС ВО утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от «25» августа 2014 г. № 1070.

Обучение в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России обеспечивает высокий уровень вовлеченности обучающихся в практическую деятельность и самостоятельную работу, имеет современный уровень технологического обеспечения и высококвалифицированных преподавателей, осуществляющих образовательную деятельность по данной рабочей программе.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины:
Подготовка квалифицированного специалиста, обладающего системой общекультурных и профессиональных компетенций, способного и готового для самостоятельной профессиональной деятельности в условиях первичной медико-санитарной помощи; освоение теоретических основ и практических навыков, формирование у обучающихся врачебного поведения, мышления и умений, обеспечивающих решение профессиональных задач и применение ими алгоритма врачебной деятельности по профилактике, диагностике и лечению заболеваний у взрослых и детей по профилю «Гастроэнтерология».

Задачи изучения дисциплины:

1. Освоение теоретических знаний необходимых для подготовки, принятия и реализации эффективных решений в области профессиональной деятельности.
2. Овладение практическими навыкам, необходимыми для подготовки, принятия и реализации эффективных решений в области профессиональной деятельности.
3. Развитие инновационных способностей выпускников для осуществления фундаментальных и практических исследований в областях гастроэнтерологи, 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, возможности проведения педагогической деятельности.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Гастроэнтерология» относится к обязательной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана для специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана:

- «Патология»
- «Общественное здоровье и здравоохранение»

Дисциплина обеспечивает изучение последующих дисциплин учебного плана:

- «Клиническая практика»
- «Обучающий симуляционный курс»
- «Научно-исследовательская работа»

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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

Универсальные компетенции

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - методы формальной логики Умеет: - самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - прослеживать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию; - способностью формулировать и оценивать гипотезы Владеет: - способностью формулировать и оценивать гипотезы	Для текущего контроля: КВ, СЗ, П Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ

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

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Тип задач профессиональной деятельности – Профилактическая деятельность		
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Знает: - информацию о распространенности и частоте встречаемости основных групп гастроэнтерологических заболеваний в Российской Федерации; - факторы риска и начальные клинические проявления гастроэнтерологических заболеваний; - возможности ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний; - варианты течения хронических гастроэнтерологических заболеваний; - принципы диспансерного наблюдения за пациентами с гастроэнтерологическими заболеваниями (кратность осмотров, перечень диагностических исследований, необходимость реабилитационных мероприятий); - первичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний	Для текущего контроля: ТЗ, КВ, СЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, СЗ
	Умеет: - интерпретировать информацию, полученную при клиническом и дополнительных методах исследования здорового населения разных возрастных групп;	

	- назначить мероприятия первичной профилактики группам населения, подлежащим прохождению профилактических осмотров и диспансерному наблюдению; - давать рекомендации пациенту и лечащему врачу по дальнейшей тактике ведения пациента Владеет: - практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком пропаганды здорового образа жизни и мероприятий по первичной профилактике гастроэнтерологических заболеваний; - навыком оформления медицинской документации с использованием современных технологических возможностей для архивирования, передачи и хранения информации	
Тип задач профессиональной деятельности – Диагностическая деятельность		
ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знает: - анатомию, физиологию пищеварительной системы в норме и при патологических состояниях; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - стандартный алгоритм и особенности проведения опроса пациента с гастроэнтерологическим заболеванием; - жалобы, характерные для гастроэнтерологических заболеваний; - этиологию, патогенез, классификации, клиническую картину, методы диагностики, дифференциальный диагноз гастроэнтерологических заболеваний; - МКБ-10; формулировки диагнозов гастроэнтерологических заболеваний; - лабораторные и инструментальные диагностические методы (лучевые и другие визуализационные, ультразвуковые методы), их информативность, показания и противопоказания к использованию при гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых	Для текущего контроля: ТЗ, КВ, СЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, СЗ
	Умеет: - собрать анамнез и получить информацию о заболевании (опросить пациента, родственников, работать с медицинской документацией); - применить объективные методы исследования пациента; - выделить ведущие гастроэнтерологические синдромы и поставить предварительный диагноз; - поставить и обосновать клинический диагноз; - пользоваться МКБ-10 для постановки клинического диагноза; - определить необходимость дополнительных методов исследования, интерпретировать полученные данные; - провести дифференциальную диагностику гастроэнтерологического заболевания; - оценить тяжесть состояния больного по клиническому и дополнительным методам исследования, оценить динамику гастроэнтерологической симптоматики во времени Владеет: - методикой сбора анамнеза у гастроэнтерологического больного; - практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей; - навыком интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других визуализационных, ультразвуковых) методов исследования	
Тип задач профессиональной деятельности – Лечебная деятельность		
ПК-6. Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	Знает: - общие вопросы организации гастроэнтерологической помощи в РФ, и связанными с ней вопросами организации работы скорой и неотложной помощи; - организацию помощи пациентам с гастроэнтерологическими заболеваниями - показания к различным формам оказания гастроэнтерологической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации; - различные способы лечения гастроэнтерологических заболеваний: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое, паллиативное; - современные стандарты лечения гастроэнтерологических заболеваний и синдромов с позиций доказательной	Для текущего контроля: ТЗ, КВ, СЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, СЗ

	медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту; - основы фармакотерапии гастроэнтерологических заболеваний (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного лечения у пациентов разных возрастных групп (особенности использования в детском возрасте и гериатрии); - современные возможности прогнозирования индивидуальных реакций и чувствительности организма при использовании фармакологических препаратов; - хирургические методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (показания и противопоказания); - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов	
	Умеет: - выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение); - определить наличие нетрудоспособности пациента; - назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при гастроэнтерологических заболеваниях с учетом возраста и индивидуальных особенностей пациента; - оценить динамику течения заболевания, внести коррективы в лечебную тактику; - прогнозировать течение и исход заболевания; - информировать пациента о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе заболевания на основе принципов этики и деонтологии Владеет: - методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам гастроэнтерологического профиля	
ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Знает: - принципы оказания гастроэнтерологической помощи при чрезвычайных ситуациях; - правила транспортировки пациентов и оказания первой врачебной помощи при гастроэнтерологических заболеваниях Умеет: - организовать оказание гастроэнтерологической помощи при чрезвычайных ситуациях; - организовать транспортировку пациентов и оказать первую врачебную помощь больным гастроэнтерологического профиля	Для текущего контроля: ТЗ, КВ, СЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, СЗ
	Владеет: - навыками оказания первой медицинской помощи при гастроэнтерологических заболеваниях	
ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знает: - эпидемиологию гастроэнтерологических заболеваний, имеющих исход в инвалидизацию; - прогноз и исходы гастроэнтерологических заболеваний; - методы реабилитации (ранние и поздние) гастроэнтерологических заболеваний; - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов	Для текущего контроля: ТЗ, КВ, СЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ, СЗ
	Умеет: - определить реабилитационную программу пациенту с гастроэнтерологическим с учетом возраста, потребностей пациента, прогнозируемого результата и экономической целесообразности Владеет: - навыком ведения медицинской документации и ее оформления на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей	

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, 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
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)		**692**	564	128
Из них:				
Занятия лекционного типа		**48**	36	12
Занятия семинарского типа		644	528	116
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)		332	273	61
В том числе подготовка и оформление курсовой работы		40	20	20
Промежуточная аттестация – **зачет/зачет с оценкой/зачет с оценкой /курсовая работа**		**54**	27	27
Общая трудоемкость дисциплины	**1080**	1080	864	216
	30	30	24	6
Из них на практическую подготовку в час.*		**681**	558	123

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 час.*
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
Курс 1_ Промежуточная аттестация №1					
Раздел 1. Заболевания пищевода	4	56	36	96	63
Раздел 2. Заболевания желудка и ДПК	6	64	30	100	66
Раздел 3. Заболевания тонкой и толстой кишки	8	84	48	140	91
Раздел 4. Заболевания печени и билиарного тракта	2	96	70	168	112
Всего за ПА	**20**	**300**	**184**	**504**	332
Курс 1 __ Промежуточная аттестация №2					
Раздел 4. Заболевания печени и билиарного тракта	2	68	-	70	54
Раздел 5. Заболевания поджелудочной железы	4	64	37	105	70
Раздел 6. Неотложная гастроэнтерология	6	48	26	80	51
Раздел 7. Онкогастроэнтерология	4	48	26	78	51
Контроль (зачет с оценкой)	-	-	-	27	
	16	**228**	**89**	**360**	226
Курс 2 __ Промежуточная аттестация №3					
Раздел 8. Поликлиническая гастроэнтерология	8	72	36	116	75
Раздел 9. Поражения органов пищеварения при других заболеваниях	4	44	25	71	48
Контроль (зачет с оценкой)	-	-	-	27	
Всего за ПА	**12**	**116**	**61**	**214**	123
ИТОГО в час.	**48**	**644**	**334**	**1080**	681

Промежуточная аттестация № 4 – защита курсовой работы.

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 до 80 % от общей трудоёмкости дисциплины для занятий семинарского типа и до 50% самостоятельной работы.

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1 __ Промежуточная аттестация №1						
Раздел 1. Заболевания пищевода						
1.	Тема 1.1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	2	Краткое содержание темы: 1. Эпидемиология заболевания. 2. Клиническая картина заболевания. 3. Критерии диагностики 4. Инструментальная диагностика, интерпретация данных. 5. Подходы к лечению пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью. 6. Осложнения. 7. Диагностика и профилактика пищевода Баретта **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ, ТЗ
2.	Тема 1.2. Особенности ведения полиморбидных больных с заболеваниями пищевода	2	Краткое содержание темы: 1. Виды сопутствующей патологии при заболеваниях пищевода. 2. Клиническая картина в рамках полимобидности заболевания. 3. Подходы к лечению пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью на фоне сопутствующих заболеваний **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ
Раздел 2 Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки						
3.	Тема 2.1. Язвенная болезнь	2	Краткое содержание темы: 1. Эпидемиология заболевания. 2. Клиническая картина заболевания. 3. Критерии диагностики 4. Лабораторно- инструментальная диагностика, интерпретация данных. 5. Подходы к лечению пациентов с язвенной болезнью.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ, ТЗ

			6. Осложнения. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы			
4.	Тема 2.2. Хронический гастрит	2	Краткое содержание темы: 1. Эпидемиология заболевания, варианты гастритов. 2. Клиническая картина заболевания. 3. Критерии диагностики 4. Лабораторно- инструментальная диагностика, интерпретация данных. 5. Подходы к лечению пациентов с хроническим гастрием. 6. Канцеропревенция при атрофическом гастрите. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ, ТЗ
5.	Тема 2.3. Послеоперационные заболевания желудка	2	Краткое содержание темы: 1. Причины развития послеоперационных заболеваний желудка. 2. Клиническая картина демпинг-синдрома и других послеоперационных состояний. 3. Особенности лабораторно- инструментальной диагностики. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ
Раздел 3. Заболевания тонкой и толстой кишки						
6.	Тема 3.1. Кишечная диспепсия	2	Краткое содержание темы: 1. Причины развития кишечной диспепсии. 2. Особенности клинической картины. 3. Особенности лабораторно- инструментальной диагностики. 4. Изменения функции органов пищеварительной системы при кишечной диспепсии. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ

			пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов			
7.	Тема 3.2. Воспалительные заболевания кишечника	2	Краткое содержание темы: 1. Этиология воспалительных заболеваний кишечника. 2. Особенности клинической картины, внекишечных проявлений заболеваний 3. Критерии лабораторно- инструментальной диагностики. 4. Дифференциальная диагностика 5. Осложнения. 6. Подходы к медикаментозной терапии. 7. Особенности применения генно-инженерной биологической терапии и таргетных иммуносупрессоров **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ, ТЗ
8.	Тема 3.3. Синдром раздраженного кишечника	2	Краткое содержание темы: 1. Этиология функцинальных заболеваний кишечника. 2. Особенности клинической картины, внекишечных проявлений заболеваний 3. Критерии лабораторно- инструментальной диагностики. 4. Осложнения. 5. Подходы к медикаментозной терапии. 6. Особенности применения генно-инженерной биологической терапии и таргетных иммуносупрессоров **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ
9.	Тема 3.4. Синдром мальабсорбции	2	Краткое содержание темы: 1. Патогенез мальабсорбции. 2. Заболевания, сопровождающиеся синдромом мальабсорбции. 3. Лабораторная диагностика синдрома мальабсорбции. 4. Последствия синдрома мальабсорбции. 5. Тактика ведения пациента с синдромом мальабсорбции. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ

			Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов			
Раздел 4. Заболевания печени и билиарного тракта						
10.	Тема 4.1. Вирусные и невирусные гепатиты	2	Краткое содержание темы: 1. Патогенез мальабсорбции. 2. Заболевания, сопровождающиеся синдромом мальабсорбции. 3. Лабораторная диагностика синдрома мальабсорбции. 4. Последствия синдрома мальабсорбции. 5. Тактика ведения пациента с синдромом мальабсорбции. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ, ТЗ
Всего за ПА № 1 - 20 часов						
Курс 1__ Промежуточная аттестация № 2						
11.	Тема 4.2. Заболевания билиарного тракта	2	Краткое содержание темы: 1. Органическая и функциональная патология билиарного тракта. 2. Основные заболевания билиарного тракта. 3. Лабораторно-инструментальная диагностика заболеваний билиарного тракта. 4. Дифференциальная диагностика заболеваний билиарного тракта. 5. Тактика ведения пациента с заболеваниями билиарного тракта **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ
Раздел 5. Заболевания поджелудочной железы						
12.	Тема 5.1. Острый и хронический панкреатит	2	Краткое содержание темы: 1. Этиология и патогенез острого и хронического панкреатита.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной	КВ

			2. Клиническая картина острого и хронического панкреатита. 3. Лабораторно-инструментальная диагностика. 4. Дифференциальная диагностика панкреатитов. 5. Тактика ведения пациента с панкреатитами. 6. Медикаментозное и хирургическое лечение острого панкреатита. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		презентации	
13.	Тема 5.2. Терапия заболеваний поджелудочной железы	2	Краткое содержание темы: 1. Физиология и патофизиология поджелудочной железы. 2. Спазмолитики, антисекреторные препараты, ингибиторы секреции в комплексном ведении пациентов с панкреатитами. 3. Особенности заместительной ферментной терапии. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ
Раздел 6. Неотложная гастроэнтерология						
14.	Тема 6.1. Ургентные состояния печени: печеночная кома, печеночная колика	2	Краткое содержание темы: 1. Физиология и патофизиология печени и желчевыводящих путей. 2. Синдром печеночно-клеточной недостаточности. 3. Клинические особенности печеночной комы. 4. Тактика ведения пациента с печеночной комой. 5. Особенности течения ЖКБ, провоцирующие развитие печеночной колики. 6. Тактика ведения пациента с печеночной коликой. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ

			реабилитации или абилитации инвалидов			
15.	Тема 6.2. Острая кишечная непроходимость	2	Краткое содержание темы: 1. Органические и функциональные причины кишечной непроходимости. 2. Клиническая картина при острой кишечной непроходимости. 3. Лабораторно-инструментальная диагностика острой кишечной непроходимости. 4. Тактика ведения пациента с печеночной комой. 5. Особенности течения ЖКБ, провоцирующие развитие печеночной колики. 6. Тактика ведения пациента с острой кишечной непроходимостью. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ
16.	Тема 6.3. Острые желудочно-кишечные кровотечения	2	Краткое содержание темы: 1. Основные причины желудочно-кишечного кровотечения. 2. Клиническая картина при кровотечении и верхних и нижних отделов пищеварительного тракта. 3. Лабораторно-инструментальная диагностика кишечного и желудочного кровотечения. 4. Тактика ведения пациента с острыми желудочно-кишечными кровотечениями. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ
Раздел 7. Онкогастроэнтерология						
17.	Тема 7.1. Опухоли пищевода, желудка и кишечника	2	Краткое содержание темы: 1. Основные виды злокачественных опухолей полых органов пищеварительной системы. 2. Клиническая картина при злокачественных опухолях полых органов пищеварительной системы. 3. Лабораторно-инструментальная диагностика злокачественных опухолей полых органов пищеварительной системы. 4. Тактика ведения пациента с злокачественными опухолями полых органов пищеварительной системы.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ

			Практическая подготовка: Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов			
18.	Тема 7.2. Опухоли печени, билиарного тракта и поджелудочной железы	2	Краткое содержание темы: 1. Основные виды злокачественных опухолей паренхиматозных органов пищеварительной системы и билиарного тракта. 2. Клиническая картина при злокачественных опухолях паренхиматозных органов пищеварительной системы и билиарного тракта. 3. Лабораторно-инструментальная диагностика злокачественных опухолей паренхиматозных органов пищеварительной системы и билиарного тракта. 4. Тактика ведения пациента с злокачественными опухолями паренхиматозных органов пищеварительной системы и билиарного тракта. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ
Всего за ПА №2 - 16 часов						
Курс 2 __ Промежуточная аттестация № 3						
Раздел 8. Поликлиническая гастроэнтерология						
19.	Тема 8.1. Дифференциальный диагноз при гепатомегалии в поликлинических условиях	2	Краткое содержание темы: 1. Основные заболевания пищеварительной системы и других органов, сопровождающиеся гепатомегалией. 2. Клиническая картина при гепатомегалии. 3. Лабораторно-инструментальная диагностика и основные синдромы при гепатомегалии. 4. Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся гепатомегалией. 5. Тактика ведения пациента с гепатомегалией. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности.	УК-1, ПК-5	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ

			Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов			
20.	Тема 8.2. Дифференциальный диагноз при билиарной и панкреатогенной диспепсии в поликлинических условиях	2	Краткое содержание темы: 1. Основные заболевания пищеварительной системы и других органов, сопровождающиеся билиарной и панкреатогенной диспепсией. 2. Клиническая картина при билиарной и панкреатогенной диспепсии. 3. Лабораторно-инструментальная диагностика и основные синдромы при билиарной и панкреатогенной диспепсии. 4. Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся билиарной и панкреатогенной диспепсией. 5. Тактика ведения пациента с билиарной и панкреатогенной диспепсией. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-5	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ
21.	Тема 8.3. Дифференциальный диагноз при пищеводной и желудочной диспепсии в поликлинических условиях	2	Краткое содержание темы: 1. Основные заболевания пищеварительной системы и других органов, сопровождающиеся пищеводной и желудочной диспепесией. 2. Клиническая картина при пищеводной и желудочной диспепсии. 3. Лабораторно-инструментальная диагностика и основные синдромы при пищеводной и желудочной диспепсии. 4. Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся пищеводной и желудочной диспепсией. 5. Тактика ведения пациента с пищеводной и желудочной диспепсией. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-5	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ
22.	Тема 8.4. Дифференциальный диагноз при кишечной	2	Краткое содержание темы: 1. Основные заболевания пищеварительной системы и других органов, сопровождающиеся кишечной диспепесией. 2. Клиническая картина при кишечной диспепсии.	УК-1, ПК-5	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ

	диспепсии в поликлинических условиях		3. Лабораторно-инструментальная диагностика и основные синдромы при кишечной диспепсии. 4. Дифференциальная диагностика заболеваний, сопровождающихся кишечной диспепсией. 5. Тактика ведения пациента с кишечной диспепсией. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов			
Раздел 9. Поражения органов пищеварения при других заболеваниях						
23.	Тема 9.1. Поражение органов пищеварения при амилоидозе и муковисцидозе	2	Краткое содержание темы: 1. Этиология и патогенез амилоидоза и муковисцидоза. 2. Клиническая картина при амилоидозе и муковисцидозе. 3. Лабораторно-инструментальная диагностика амилоидоза и муковисцидоза. 4. Дифференциальная диагностика амилоидоза и муковисцидоза. 5. Тактика ведения пациента с амилоидозом и муковисцидозом. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ

24.	Тема 9.2. Особенности поражений органов пищеварения при гемохроматозе и порфириях	2	Краткое содержание темы: 1. Этиология и патогенез гемохроматоза и порфирий. 2. Клиническая картина при гемохроматозе и порфириях. 3. Лабораторно-инструментальная диагностика гемохроматоза и порфирий. 4. Дифференциальная диагностика гемохроматоза и порфирий. 5. Тактика ведения пациента с гемохроматоза и порфирий. **Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	Оборудование для мультимедийной презентации	КВ
Всего за ПА № 3 - 12 часов						
	ИТОГО	**48**				

*** ***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 в %	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 1 __ Промежуточная аттестация №1							
Раздел 1. Заболевания пищевода							
Тема 1.1	Практическое занятие	Строение и функции пищевода. Методы исследования пищевода.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Анатомия и физиология пищевода 2. Рентгенологические методы. 3. Эзофагоманометрия. 4. Фармакодиагностика. 5.Методы выявления гастроэзофагеального рефлюкса. 6. Эзофагоскопия. 7.Эндосонография. 8. Тонометрия. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы.	УК-1, ПК-5	КВ

					Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 1.2	Практическое занятие	Ахалазия кардии	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология. 2. Морфология. 3. Патогенез. 4. Классификация. 5. Клиническая картина, диагноз, осложнения. 6. Лечение. 7. Консервативное лечение и пневмокардиодилятация. Показания и противопоказания. 8. Подготовка и ведение больных после пневмокардиодилятации. Возможные осложнения. 9. Показания, возможности, методы и результаты хирургического лечения **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 1.3	Практическое занятие	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология и патогенез. 2. Клиническая картина. 3. Диагностика. 4. Значение эндоскопического исследования и внутрижелудочной pH-метрии в диагностике заболевания. 5. Классификация. 6. Течение и осложнения. 7. Консервативное лечение. 8. Показания к хирургическому лечению. 9. Пищевод Баррета. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ

					пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 1.4	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с ГЭРБ	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Тема 1.5	Практическое занятие	Пептическая язва пищевода	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Эрозия пищевода. 2. Этиология и патогенез. 3. Клиническая картина. 4. Течение и осложнения. 5. Дифференциальная диагностика. 6. Консервативное лечение. 7. Хирургическое лечение **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ
Тема 1.6	Практическое занятие	Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология и патогенез. 2.Классификация. 3. Клиническая картина.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П

		(ГПОД)			4. Параэзофагеальные грыжи. 5. Врожденный короткий пищевод. 6. Инструментальная диагностика. 7. Осложнения. 8. Дифференциальная диагностика. 9. Консервативное лечение. 10. Показания к хирургическому лечению **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 1.7	Практическое занятие	Эзофагеальная обструкция	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Компрессия пищевода. 2. Констрикция пищевода. 3. Стеноз пищевода. 4. Стриктура пищевода. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, П
Тема 1.8	Семинар Практическое занятие	Дискинезии пищевода	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. «Пищевод щелкунчика». 2. Диффузный эзофагоспазм. 3. Кардиоспазм. 4. Гипомоторные дискинезии **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ

Тема 1.9	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с ГПОД	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Тема 1.10	Практическое занятие	Дивертикул пищевода	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Пищеводный карман. 2. Классификация. 3. Клинические проявления. 4. Диагностика. 5. Лечение **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, СЗ
Тема 1.11	Практическое занятие	Гастро-эзофагеальный разрывно-геморрагический синдром. Синдром Меллори-Вейсса	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология. 2. Патогенез. 3. Клиническая картина. 4. Течение и осложнения. 5. Консервативное и хирургическое лечение. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ

					Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 1.12	Практическое занятие	Инфекционные и лекарственные эзофагиты	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология. 2. Патогенез. 3. Клинические синдромы. 4. Диагностика. 5. Принципы терапии. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 1.13	Практическое занятие	Дифференциальный диагноз при дисфагии	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные заболевания, сопровождающиеся дисфагией. 2. Дифференциальная диагностика, особенности эндоскопической картины. 3. Программа обследования больных с дисфагией. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-5	КВ
Тема 1.14	Практическое занятие	Особенности клинического течения заболеваний пищевода у полиморбидного больного	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные заболевания, сопровождающиеся поражением пищевода. 2. Влияние соматической патологии других органов на функциональное состояние пищевода. 3. Программа обследования больных с патологией пищевода при сопутствующей патологии. 4. Противопоказания для эндоскопического исследования пищевода при сопутствующей патологии. **Практическая подготовка**:**	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П

					Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Раздел 2. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки							
Тема 2.1	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с язвенной болезнью	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Тема 2.2	Практическое занятие	Гастроеюнальная язва	4	80%	Краткое содержание занятия: 1.Эрозии и язвы желудка и ДПК. 2. Язва (пептическая) или эрозия: анастомоза, гастроколи, гастроинтестинальная, гастроеюнальная, еюнальная язва, краевая язва, язва стомы. 3. Клиническая картина. 4. Диагностика и дифференциальная диагностика. 5. Лечение. 6. Консервативное лечение. 7. Хирургическое лечение **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ

					и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 2.3	Практическое занятие	Осложнения язвенной болезни	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Пенетрирующая язва. 2. Каллезная язва. 3. Перфорация язвы. 4. Язвенное кровотечение. 5. Стеноз привратника. 6. Малигнизация язвы. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П
Тема 2.4	Практическое занятие	Синдром Золингера-Эллисона (гастринома)	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология, патогенез. 2.Особенности клиники, диагностики. 3. Дифференциальный диагноз. 4. Медикаментозное лечение. 5. Оперативное лечение. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 2.5	Практическое занятие	Гастрит и дуоденит острый и хронический	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Хронический поверхностный гастрит. 2. Диагностика Helicobacter pylori. 3. Клиника, диагностика и лечение. 4. Хронический атрофический гастрит. 5. Дуоденит, острый и хронический. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П

					Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 2.6	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с функциональной диспепсией	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Тема 2.7	Практическое занятие	Особые формы гастритов	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Хронический гипертрофический гастрит. 2. Гранулематозный гастрит. 3. Болезнь Менетрие. 4. Острый геморрагический гастрит. 5. Алкогольный гастрит. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 2.8	Практическое занятие	Дивертикулы желудка и	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология и патогенез.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,	КВ

		двенадцатиперстной кишки			2. Клинические проявления. 3. Диагностика. 4. Лечение консервативное и оперативное. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ПК-8	
Тема 2.9	Практическое занятие	Болезни оперированного желудка	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Демпинг-синдром. 2. Синдром приводящей петли. 3. Гипогликемический синдром. 4. Постгастрорезекционная дистрофия. 5. Пептическая язва анастомоза. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ
Тема 2.10	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с пострезекционными расстройствами	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы,	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН

					в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 2.11	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента гастритом	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Раздел 3. Заболевания тонкой и толстой кишки							
Тема 3.1	Практическое занятие	Строение и функции тонкой и толстой кишки. Методы исследования тонкой и толстой кишки	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Лабораторные методы. 2. Копрологические синдромы. 3. Диагностические тесты. 4. Инструментальные методы диагностики. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-5	КВ, П
Тема 3.2	Практическое занятие	Синдром мальабсорбции и мальдигестии	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Непереносимость углеводов. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. 2. Глютеновая энтеропатия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ

					Практическая подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 3.3	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с кишечной диспепсией	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Тема 3.4	Практическое занятие	Дифференциальный диагноз при диарее	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Энтеральный синдром. 2. Колитический синдром. 3. Алгоритм диагностики при диарее **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 3.5	Практическое занятие	Клинический разбор пациента с	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН

		дисбактериозом кишечника			3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 3.6	Практическое занятие	Дифференциальный диагноз при запоре	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Классификация запоров. 2. Патегенетические факторы развития. 3. Профилактика. 4. Особенности применения различных групп препаратов. 5. Диетолечение. Очистительные клизмы. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-5	КВ, ТЗ, СЗ, П
Тема 3.7	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с синдромом мальабсорбции	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН

					пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 3.8	Практическое занятие	Дифференциальный диагноз при метеоризме	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Причины метеоризма. 2. Метеоризм как манифестация кишечной непроходимости. 3. Дифференциальная диагностика. 3. Подходы к лечению метеоризма при органической и функциональной патологии. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-5	КВ, П
Тема 3.9	Практическое занятие	Синдром избыточного бактериального роста и дисбактериоз	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиопатогенез. 2. Классификации. 3. Клинические синдромы. 4. Принципы диагностики, лечения и профилактики. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 3.10	Практическое занятие	Воспалительные заболевания кишечника	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология и патогенез воспалительных заболеваний кишечника 2. Болезнь Крона. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. 3. Язвенный колит. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П

					диагноз. Осложнения. Современная терапия. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 3.11	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с болезнью Крона	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Тема 3.12	Практическое занятие	Болезнь Уиппла	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология. 2. Патогенез. 3. Классификация. 4. Клинические формы. 5. Современные возможности диагностики. 6. Дифференциальный диагноз. 7. Осложнения. 8. Современная терапия. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ

					Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 3.13	Практическое занятие	Карциноидный синдром	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология. 2. Патогенез. 3. Классификация. 4. Клинические формы. 5. Современные возможности диагностики. 6. Дифференциальный диагноз. 7. Осложнения. 8. Современная терапия. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ
Тема 3.14	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с язвенным колитом	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Тема 3.15	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с СРК	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН

					3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 3.16	Практическое занятие	Радиационный, токсический, аллергический колит	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные причины. 2. Патогенез. 3. Клинические проявления. 4. Дифференциальный диагноз. 5. Тактика ведения пациента. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 3.17	Практическое занятие	Заболевания прямой кишки и ануса	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Проктит. 2. Проктосигмоидит. 3. Геморрой. 4. Трещины анального канала. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ

					абилитации инвалидов		
Тема 3.18	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с дивертикулярной болезнью	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Раздел 4. Заболевания печени и билиарного тракта							
Тема 4.1	Практическое занятие	Строение и функции печени и желчевыводящих путей. Методы диагностики заболеваний печени и гепатобилиарной системы	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные лабораторные синдромы. 2. Иммунологическая панель печени. 3. Инструментальные методы исследования печени (диагностические возможности метода, показания, противопоказания, подготовка больных, ведение больных после исследования) 4. Радионуклидные методы. 5. Рентгенологическое исследование печени. 6. Эхография. 7. Компъюторная томография. 8. Пункционная биопсия. 9. Лапароскопия. 10. Оценка лабораторных показателей при синдроме цитолиза, холестаза, иммуно-воспалительном синдроме, синдроме печеночно-клеточной недостаточности 11. Дифференциальный диагноз при основных лабораторных синдромах, сопровождающих течение заболеваний печени **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы.	УК-1, ПК-5	КВ, ТЗ, П

					Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 4.2	Практическое занятие	Дифференциальный диагноз при гепатомегалии, гепатоспленомегалии	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные заболевания, протекающие с гепатомегалией и спленомегалией. 2. Особенности клинических проявлений. 3. Лабораторная и инструментальная диагностика. 4. Дифференциальная диагностика. 5. Тактика ведения пациента. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-5	КВ, П
Тема 4.3	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с гепатомегалией	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Тема 4.4	Практическое занятие	Острый вирусный гепатит (А, В, дельта, С, D, Е). Хронические	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Эпидемиология. 2. Этиология. 3. Патогенез острых и хронических гепатитов. 4. Лабораторная диагностика.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П

		вирусные гепатиты (B, C, D)			5. Тактика ведения пациента, современная противовирусная терапия. 6. Последствия и прогноз. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 4.5	Практическое занятие	Лекарственные поражения печени	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Физиологическая роль печени в метаболизме лекарств. 2. Нарушение фармакокинетики лекарств при болезнях печени. 3. Гепатотоксичность лекарств. 4. Токсическая болезнь печени с холестазом. 5. Токсическая болезнь печени с некрозом. 6. Токсическая болезнь печени с острым гепатитом. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 4.6	Практическое занятие	Алкогольная болезнь печени	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Метаболизм этанола в печени. 2. Системные проявления воздействия алкоголя на печень и другие органы. 3. Клинико-морфологические варианты алкогольной болезни печени. 4. Алкогольное жировое перерождение печени. 5. Алкогольный гепатит. 6. Алкогольный фиброз и склероз печени. 7. Алкогольный цирроз печени. 8. Алкогольная печеночная недостаточность. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы,	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, П

					в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 4.7	Практическое занятие	Неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП)	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология. 2. Патогенез. 3. Классификация. 4. Понятие метаболического синдрома и его взаимосвязь с поражением печени. 5. Дифференциальная диагностика. 6. Принципы терапии и профилактики. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 4.8	Практическое занятие	Аутоиммунные заболевания печени	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Аутоимунный гепатит. 2. Первичный билиарный цирроз. 3. Первичный склерозирующий холангит. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П
Тема 4.9	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с НЖБП	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН

					Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 4.10	Практическое занятие	Наследственные заболевания печени (болезни накопления)	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Гемохроматоз. 2. Гепатолентикулярная дегенерация. 3. Порфирии. 4. Амилоидоз печени. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, П
Тема 4.11	Практическое занятие	Болезни сосудов печени	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Тромбоз воротной вены. 2. Тромбофлебит воротной вены. 3. Болезнь и синдром Бадда-Киари. 4. Синдром Крювелье-Баумгартена **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ
Тема 4.12	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с аутоиммунным гепатитом	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН

					7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 4.13	Практическое занятие	Доброкачественные опухоли печени	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Кисты печени. 2. Гемангиомы печени. 3. Редкие новообразования печени. 4. Тактика ведения пациента с доброкачественными опухолями печени. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ПН
Тема 4.14	Практическое занятие	Печеночная недостаточность	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Кома и печеночная энцефалопатия. 2. Острый фульминантный гепатит. 3. Тактика ведения пациента. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ
Тема 4.15	Практическое занятие	Портальная гипертензия	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология и патогенез. 2. Клинические проявления. 3. Принципы диагностики, лечения. 4. Осложнения портальной гипертензии. **Практическая**	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ

					подготовка:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Всего за ПА № 1 – 300 часов			**300**	240 час.			
Курс 1 __ Промежуточная аттестация № 2							
Тема 4.16	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с циррозом печени	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Тема 4.17	Практическое занятие	Синдром холестаза. Дифференциальная диагностика желтух. Доброкачественные гипербилирубинемии	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология. 2. Патогенез. 3. Виды холестаза. 4. Клинические признаки. 5. Дифференциальная диагностика желтух (подпеченочная, печеночная, надпеченочная). 6. Доброкачественные гипербилирубинемии (синдромы Жильбера, Криглера-Найяра, Дабина-Джонсона, Ротора). **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П

					и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 4.18	Практическое занятие	Фиброз и цирроз печени. Трансплантация печени	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Классификация. 2. Морфологическая характеристика. 3. Этиология. 4. Клиническая картина. 5. Течение. 6. Осложнения: пищеводно-желудочное кровотечение. Печеночная кома. Прогноз. 7. Диагностика. Дифференциальный диагноз. 8. Принципы отбора больных для трансплантации печени. Показания, противопоказания, результаты. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 4.19	Практическое занятие	Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Методы исследования. Рентгенологические методы исследования билиарной системы. Ультразвуковое исследование. Сцинтиграфия билиарного тракта. 2. Клиническая картина основных заболеваний. 3. Диагностика и дифференциальная диагностика. 4. Тактика ведения пациентов. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 4.20	Практическое занятие	Функциональные расстройства желчного пузыря	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Медикаментозная	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ

		и сфинктера Одди			терапия. Профилактика. 2. Постхолецистэктомический синдром. Причины развития. Патогенез. Классификация. Клинические варианты течения. Методы диагностики. Меры профилактики. Показания к липотропно-жировой диете. Консервативная терапия. Показания к повторному оперативному вмешательству. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 4.21	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с функциональным билиарным расстройством	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Тема 4.22	Практическое занятие	Желчнокаменная болезнь. Острый и хронический холецистит	8	80%	Краткое содержание занятия: 1 ЖКБ. Этиология, патогенез, клинические проявления, диагностика, тактика ведения пациента, принципы консервативного и хирургического лечения. 2. Острый холецистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Абсцесс желчного пузыря. Холецистит эмфизематозный, гангренозный, гнойный. Эмпиема желчного пузыря. Гангрена желчного пузыря. Консервативная	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П

					терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. Эндоскопический метод лечения. 3. Хронический калькулезный и некалькулезный холецистит. Этиология. Патогенез. Клинические синдромы. Осложнения. Методы диагностики. Принципы лечения и профилактики. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 4.23	Практическое занятие	Стенозирующий дуоденальный папиллит. Холестероз желчного пузыря	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология и патогенез. 2. Клиническая картина. 3. Современные возможности диагностики и дифференциальный диагноз. 4. Осложнения. 5. Консервативная терапия. 6. Эндоскопический метод лечения. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ
Тема 4.24	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с ЖКБ	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН

					пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 4.25	Практическое занятие	Холангит	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология и патогенез. 2. Варианты холангитов (нисходящий, первичный, рецидивирующий, склерозирующий, вторичный, стенозирующий, гнойный). 3. Клиническая картина. 4. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. 5. Осложнения. 6. Консервативная терапия. 7. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ
Тема 4.26	Практическое занятие	Редкие заболевания билиарного тракта	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Обструкция желчного пузыря (окклюзия, стеноз, стриктура). 2. Водянка желчного пузыря. 3. Мукоцеле. 4. Фистула желчного пузыря. 5. Холецистодуоденум. 6. Спайки, Атрофия, киста, гипертрофия, язва желчного пузыря. 7. Нефункционирующий желчный пузырь. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ
Раздел 5. Заболевания поджелудочной железы							

Тема 5.1	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с билиарно-зависимым хроническим панкреатитом	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
Тема 5.2	Практическое занятие	Строение и функции поджелудочной железы. Методы лабораторной диагностики поражений поджелудочной железы	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Физиология и патофизиология поджелудочной железы. Анатомические особенности головки поджелудочной железы. 2. Основные клинические синдромы, выявляемы при поражении поджелудочной железы. 3. Биохимические показатели функции поджелудочной железы. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-5	
Тема 5.3	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с билиарно-зависимым хроническим панкреатитом	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	

					8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 5.4	Практическое занятие	Методы инструментальной диагностики поражений поджелудочной железы	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Визуализирующие методы диагностики поджелудочной железы. 2. Лапароскопическая диагностика. 3. Эндоскопическая диагностика. РХПГ. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-5	
Тема 5.5	Практическое занятие	Острый панкреатит	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология и патогенез. 2. Классификация. Клинические формы. 3. Современные возможности диагностики. 4. Дифференциальный диагноз. 4. Осложнения. Абсцесс поджелудочной железы. Некроз поджелудочной железы 5. Консервативная терапия. 6. Показания, возможности, методы и результаты оперативного лечения. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
Тема 4.6	Практическое занятие	Хронический панкреатит	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Этиология и патогенез.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,	

					2. Клинические проявления 3. Варианты течения. 4. Диагностика. Дифференциальный диагноз. 5. Осложнения. 6. Консервативное лечение. Диетотерапия. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ПК-8	
Тема 5.7	Практическое занятие	Другие заболевания поджелудочной железы.	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Кисты. 2. Атрофия. 3. Калькулез. 4. Фиброз. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
Тема 5.8	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с токсическим панкреатитом	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	

					Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 5.9	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с хроническим панкреатитом с выраженной экзокринной недостаточностью	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
Тема 5.10	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с полиморбидной патологией и заболеванием поджелудочной железы	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	
Тема 5.11	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,	

		с кистами, кальцинатами и фиброзом поджелудочной железы			2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ПК-8	
Раздел 6. Неотложная гастроэнтерология							
Тема 6.1	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с печеночной энцефалопатией	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Тема 6.2	Практическое занятие	Острый живот. Острый аппендицит. Острый панкреатит. Острый	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Понятие острого живота. 2. Диагностика и тактика неотложных мероприятий при остром аппендиците. 3. Диагностика и тактика неотложных мероприятий при остром панкреатите.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П

		холецистит			4. Диагностика и тактика неотложных мероприятий при остром холецистите. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 6.3	Практическое занятие	Острые желудочно-кишечные кровотечения	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Клинические проявления 2. Диагностика кровотечений из верхних и нижних отелов пищеварительного тракта. 3. Оказание неотложной помощи. 4. Консервативное, хирургическое и эндоскопическое лечение. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П
Тема 6.4	Практическое занятие	Печеночная колика. Печеночная кома	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Клинические проявления 2. Диагностика неотложных состояний вследствие патологии печени и желчевыводящих путей. 3. Оказание неотложной помощи. 4. Консервативное и хирургическое лечение. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П
Тема 6.5	Практическое занятие	Клинический разбор пациента с диареей	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН

					3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 6.6	Практическое занятие	Острая кишечная непроходимость	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Клинические проявления. 2. Диагностика непроходимости кишечника на разных уровнях. 3. Оказание неотложной помощи. 4. Хирургическое лечение. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П
Тема 6.7	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с язвенным кровотечением в анамнезе	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН

					Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 6.8	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с ЖКБ и печеночной коликой в анамнезе	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Раздел 7. Онкогастроэнтерология							
Тема 7.1	Практическое занятие	Опухоли пищевода и желудка	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Клинические проявления опухолей верхних отделов пищеварительного тракта. 2. Морфологическая характеристика. 3. Стадирование опухоли. 4. Особенности клинических проявлений. 5. Лабораторно-инструментальная диагностика. 6. Хирургическая тактика, особенности использования лучевой терапии и химиотерапии . 7. Профилактика и мероприятия канцеропревенции. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П

					абилитации инвалидов		
Тема 7.2	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с опухолью пищевода	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Тема 7.3	Практическое занятие	Опухоли печени, поджелудочной железы и билиарной системы	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Клинические проявления опухолей паренхиматозных органов пищеварительной системы и билиарного тракта. 2. Морфологическая характеристика. 3. Стадирование опухоли. 4. Особенности клинических проявлений. 5. Лабораторно-инструментальная диагностика. 6. Хирургическая тактика, особенности использования лучевой терапии и химиотерапии. 7. Профилактика и мероприятия канцеропревенции. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П
Тема 7.4	Практическое занятие	Опухоли АПУД-системы и большого дуоденального	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Клинические проявления АПУД-системы и большого дуоденального сосочка. 2. Морфологическая характеристика.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, П

		сосочка			3. Стадирование опухоли. 4. Особенности клинических проявлений. 5. Лабораторно-инструментальная диагностика. 6. Хирургическая тактика, особенности использования лучевой терапии и химиотерапии . 7. Профилактика и мероприятия канцеропревенции. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 7.5	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с опухолью печени	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Тема 7.6	Практическое занятие	Опухоли кишки	8	80%	Краткое содержание занятия: 1. Клинические проявления опухолей нижних отделов пищеварительного тракта (толстая и тонкая кишка). 2. Морфологическая характеристика. 3. Стадирование опухоли. 4. Особенности клинических проявлений. 5. Лабораторно-инструментальная диагностика. 6. Хирургическая тактика, особенности использования лучевой терапии и химиотерапии .	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П

					7. Профилактика и мероприятия канцеропревенции. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 7.7	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с опухолью толстой кишки	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
Тема 7.8	Клиническое занятие	Клинический разбор пациента с карциноидной опухолью	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Оценка жалоб. 2. Сбор анамнеза заболевания. 3. Сбор анамнеза жизни. 4. Объективное (физикальное) обследование. 5. Интерпретация данных объективного, лабораторного и инструментального обследования. 6. Установление диагноза, дифференциальная диагностика. 7. План лечения. 8. План реабилитации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН

					и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Раздел 8. Поликлиническая гастроэнтерология							
Всего за ПА №2- 228 часов			**228**	182 час.			
Курс 2 __ Промежуточная аттестация № 3							
Тема 8.1	Практическое занятие	Диагностический алгоритм первичного обследования гастроэнтерологических больных	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Особенности амбулаторного наблюдения гастроэнтерологического пациента. 2. Оснащение кабинета врача-гастроэнтеролога в амбулаторно-поликлиническом учреждении. 3. Особенности обследования пациента гастроэнтерологического профиля в амбулаторно-поликлиническом учреждении. 4. Показания для госпитализации пациентов. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-5	КВ, П
Тема 8.2	Практическое занятие	Особенности подготовки и проведения основных лабораторно-инструментальных методов исследования желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Особенности рентгенологического обследования пациента в амбулаторно-поликлиническом учреждении. 2. Особенности эндоскопического обследования пациента в амбулаторно-поликлиническом учреждении. 3. Особенности ультразвукового обследования пациента в амбулаторно-поликлиническом учреждении. 4. Возможности лабораторной диагностики в амбулаторно-поликлиническом учреждении. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-5	КВ
Тема	Практическое	Клинические	4	80%	Краткое содержание занятия:	УК-1, ПК-2,	КВ

8.3	занятие	критерии отбора больных, варианты течения заболеваний органов пищеварения, при которых возможно осуществление квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях.			1. Алгоритм диагностики заболеваний у амбулаторных гастроэнтерологических пациентов 2. Критерии отбора больных для амбулаторного наблюдения, варианты течения заболеваний органов пищеварения в амбулаторной практике **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	ПК-5, ПК-6, ПК-8	
Тема 8.4	Практическое занятие	Экспертиза временной нетрудоспособности. Клинико-социальные аспекты лечения больных с гастроэнтерологической патологией в поликлинике.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Особенности экспертизы временной нетрудоспособности гастроэнтерологических пациентов. 2. Клинико-социальные аспекты лечения больных с гастроэнтерологической патологией в амбулаторно-поликлиническом учреждении. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ
Тема 8.5	Практическое занятие	Принципы и методы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные заболевания пищеварительной системы, при которых необходимо диспансерное наблюдения. 2. Принципы и методы диспансерного наблюдения пациентов гастроэнтерологического профиля. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы,	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ

					в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 8.6	Практическое занятие	Желудочная диспепсия	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Причины, механизм развития, виды желудочной диспепсии в амбулаторной практике. 2. Алгоритм обследования больных. 3. Принципы терапии и профилактики. 4. Показания для госпитализации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ
Тема 8.7	Практическое занятие	Кишечная диспепсия	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Причины, механизм развития, виды кишечной диспепсии в амбулаторной практике. 2. Алгоритм обследования больных. 3. Принципы терапии и профилактики. 4. Показания для госпитализации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ
Тема 8.8	Практическое занятие	Билиарная диспепсия	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Причины, механизм развития, виды билиарной диспепсии в амбулаторной практике. 2. Алгоритм обследования больных. 3. Принципы терапии и профилактики. 4. Показания для госпитализации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ

					пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 8.9	Практическое занятие	Панкреатогенная диспепсия	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Причины, механизм развития, виды панреатогенной диспепсии в амбулаторной практике. 2. Алгоритм обследования больных. 3. Принципы терапии и профилактики. 4. Показания для госпитализации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ
Тема 8.10	Практическое занятие	Дифференциальный диагноз билиарной и панкреатогенной диспепсии в поликлинических условиях.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные заболевания, сопровождающиеся билиарной и панкреатогенной диспепсией. 2. Алгоритм обследования больных в амбулаторных условиях. 3. Особенности применения и интерпретации результатов лабораторных и инструментальных данных. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-5	КВ
Тема 8.11	Практическое занятие	Дифференциальный диагноз кишечной диспепсии в поликлинических условиях	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные заболевания, сопровождающиеся кишечной диспепсией. 2. Алгоритм обследования больных в амбулаторных условиях. 3. Особенности применения и интерпретации результатов лабораторных и инструментальных данных. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации	УК-1, ПК-5	КВ

					пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 8.12	Практическое занятие	Дифференциальный диагноз при синдроме холестаза в амбулаторных условиях	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные заболевания, сопровождающиеся синдромом холестаза. 2. Алгоритм обследования больных в амбулаторных условиях. 3. Особенности применения и интерпретации результатов лабораторных и инструментальных данных. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-5	КВ
Тема 8.13	Практическое занятие	Дифференциальный диагноз при болевом абдоминальном синдроме в амбулаторных условиях	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные заболевания, сопровождающиеся абдоминальным болевым синдромом. 2. Алгоритм обследования больных в амбулаторных условиях. 3. Особенности применения и интерпретации результатов лабораторных и инструментальных данных. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-5	КВ, П
Тема 8.14	Практическое занятие	Особенности ведения пациентов с функциональным и расстройствами органов желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные функциональные заболевания пищеварительной системы. 2. Алгоритм обследования больных в амбулаторных условиях. 3. Особенности терапевтической тактики. 4. Реабилитация пациентов. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П

					пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 8.15	Практическое занятие	Особенности ведения полиморбидных больных с заболеваниями органов пищеварения в амбулаторных условиях	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные терапевтические заболевания, встречающиеся в амбулаторной практике, влияющие на течение гастроэнтерологической патологии. 2. Алгоритм обследования больных в амбулаторных условиях. 3. Особенности терапевтической тактики. 4. Реабилитация пациентов. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 8.16	Практическое занятие	Принципы оказания неотложной помощи гастроэнтерологическим больным на догоспитальном этапе	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Тактика при неотложных состояниях в амбулаторной гастроэнтерологической практике. 2. Показания для госпитализации. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 8.17	Практическое занятие	Основные показания для госпитализации при различных заболеваниях органов пищеварения	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Особенности наблюдения амбулаторных гастроэнтерологических пациентов с хроническими заболеваниями. 2. Периодичность наблюдения гастроэнтерологических больных. 3. Показания для госпитализации при типичных ситуациях обострения заболеваний гастроэнтерологического профиля. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П

					пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 8.18	Практическое занятие	Принципы профилактики заболеваний органов пищеварения в поликлинических условиях	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Возможности первичной и вторичной профилактики гастроэнтерологических заболеваний. 2. Работа с амбулаторным пациентом в рамках профилактических мероприятий. 3. Гастроэнтерологические заболевания, при которых профилактические мероприятия наиболее эффективны. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Раздел 9. Поражения органов пищеварения при других заболеваниях							
Тема 9.1	Практическое занятие	Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях бронхолегочной системы	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные заболевания бронхолегочной системы, наиболее часто сопровождающие гастроэнтерологическую патологию в клинической практике. 2. Особенности тактики ведения пациента при данной сопутствующей патологии. 3. Необходимость и возможность корректировки терапии гастроэнтерологических заболеваний при данной сопутствующей патологии. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 9.2	Практическое занятие	Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные заболевания сердечно-сосудистой системы, наиболее часто сопровождающие гастроэнтерологическую патологию в клинической практике. 2. Особенности тактики ведения пациента при данной	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П

		сердечно-сосудистой системы			сопутствующей патологии. 3. Необходимость и возможность корректировки терапии гастроэнтерологических заболеваний при данной сопутствующей патологии. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 9.3	Практическое занятие	Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях мочевыделительной системы	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные заболевания мочевыделительной системы, наиболее часто сопровождающие гастроэнтерологическую патологию в клинической практике. 2. Особенности тактики ведения пациента при данной сопутствующей патологии. 3. Необходимость и возможность корректировки терапии гастроэнтерологических заболеваний при данной сопутствующей патологии. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 9.4	Практическое занятие	Особенности поражений органов пищеварения при патологии соединительной ткани.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные заболевания соединительной ткани, наиболее часто сопровождающие гастроэнтерологическую патологию в клинической практике. 2. Особенности тактики ведения пациента при данной сопутствующей патологии. 3. Необходимость и возможность корректировки терапии гастроэнтерологических заболеваний при данной сопутствующей патологии. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П

					Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 9.5	Практическое занятие	Особенности поражений органов пищеварения при эндокринной патологии	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Основные заболевания эндокринной системы, наиболее часто сопровождающие гастроэнтерологическую патологию в клинической практике. 2. Особенности тактики ведения пациента при данной сопутствующей патологии. 3. Необходимость и возможность корректировки терапии гастроэнтерологических заболеваний при данной сопутствующей патологии. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 9.6	Практическое занятие	Особенности поражений органов пищеварения при муковисцидозе, амилоидозе и гемохроматозе	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Клиническая характеристика муковисцидоза, амилоидоза и гемохроматоза. 2. Особенности тактики ведения пациента при данной сопутствующей патологии. 3. Необходимость и возможность корректировки терапии гастроэнтерологических заболеваний при данной сопутствующей патологии. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 9.7	Практическое занятие	Поражения органов пищеварения при	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Клиническая характеристика ВИЧ, СПИД и туберкулеза. 2. Особенности тактики ведения пациента при данной	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П

		СПИД и туберкулезе			сопутствующей патологии. 3. Необходимость и возможность корректировки терапии гастроэнтерологических заболеваний при данной сопутствующей патологии. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов		
Тема 9.8	Практическое занятие	Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях крови.	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Клиническая характеристика заболеваний крови. 2. Особенности тактики ведения пациента при данной сопутствующей патологии. 3. Необходимость и возможность корректировки терапии гастроэнтерологических заболеваний при данной сопутствующей патологии. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 9.9	Практическое занятие	Поражения органов пищеварения при профессиональных интоксикациях	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Клиническая характеристика профессиональных интоксикаций. 2. Особенности тактики ведения пациента при данной сопутствующей патологии. 3. Необходимость и возможность корректировки терапии гастроэнтерологических заболеваний при данной сопутствующей патологии. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П

					абилитации инвалидов		
Тема 9.10	Практическое занятие	Поражения органов пищеварения при паразитарных и глистных инвазиях	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Клиническая характеристика паразитарных и глистных инвазий. 2. Особенности тактики ведения пациента при данной сопутствующей патологии. 3. Необходимость и возможность корректировки терапии гастроэнтерологических заболеваний при данной сопутствующей патологии. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Тема 9.11	Практическое занятие	Поражения органов пищеварения при аллергических заболеваниях	4	80%	Краткое содержание занятия: 1. Особенности аллерггической патологии, вовлекающей органы пищеварительной системы. 2. Особенности тактики ведения пациента при данной сопутствующей патологии. 3. Необходимость и возможность корректировки терапии гастроэнтерологических заболеваний при данной сопутствующей патологии. **Практическая подготовка**:** Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Всего за ПА № 3 - 116 час.			**116**	93 час.			
ИТОГО в час.			**644**	515 час.			

** **Формы проведения занятий семинарского типа:** 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*

.

4.5. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	№ темы	Темы дисциплины	Коли-чество часов	из них на ПП в %	Содержание самостоятельной работы	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства* для текущего контроля
1.	Тема 1.1	Строение и функции пищевода. Методы исследования пищевода.	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-5	КВ, П
2.	Тема 1.2	Ахалазия кардии	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
3.	Тема 1.3	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь	4	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
4.	Тема 1.4	Клинический разбор пациента с ГЭРБ	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
5.	Тема 1.5	Пептическая язва пищевода	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
6.	Тема 1.6	Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы (ГПОД)	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
7.	Тема 1.7	Эзофагеальная обструкция	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
8.	Тема 1.8	Дискинезии пищевода	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
9.	Тема 1.9	Клинический разбор пациента с ГПОД	2	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
10.	Тема 1.10	Дивертикул пищевода	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
11.	Тема 1.11	Гастро-эзофагеальный разрывно-геморрагический синдром. Синдром Меллори-Вейсса	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
12.	Тема 1.12	Инфекционные и лекарственные эзофагиты	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
13.	Тема 1.13	Дифференциальный диагноз при дисфагии	4	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-5	КВ, П
14.	Тема 1.14	Особенности клинического	4	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,	КВ, П

		течения заболеваний пищевода у полиморбидного больного			вопросами, подготовка презентации	ПК-8	
15.	Тема 2.1	Клинический разбор пациента с язвенной болезнью	3	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
16.	Тема 2.2	Гастроеюнальная язва	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
17.	Тема 2.3	Осложнения язвенной болезни	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
18.	Тема 2.4	Синдром Золингера-Эллисона (гастринома)	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
19.	Тема 2.5	Гастрит и дуоденит острый и хронический	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
20.	Тема 2.6	Клинический разбор пациента с функциональной диспепсией	3	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
21.	Тема 2.7	Особые формы гастритов	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
22.	Тема 2.8	Дивертикулы желудка и двенадцатиперстной кишки	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
23.	Тема 2.9	Болезни оперированного желудка	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
24.	Тема 2.10	Клинический разбор пациента с пострезекционными расстройствами	2	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
25.	Тема 2.11	Клинический разбор пациента гастритом	2	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
26.	Тема 3.1	Строение и функции тонкой и толстой кишки. Методы исследования тонкой и толстой кишки	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-5	КВ, П
27.	Тема 3.2	Синдром мальабсорбции и мальдигестии	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
28.	Тема 3.3	Клинический разбор пациента с кишечной диспепсией	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
29.	Тема	Дифференциальный	4	50%	Подготовка к занятию,	УК-1, ПК-5	КВ, П

	3.4	диагноз при диарее			работа с контрольными вопросами, подготовка презентации		
30.	Тема 3.5	Клинический разбор пациента с дисбактериозом кишечника	2	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
31.	Тема 3.6	Дифференциальный диагноз при запоре	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-5	КВ, П
32.	Тема 3.7	Клинический разбор пациента с синдромом мальабсорбции	2	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
33.	Тема 3.8	Дифференциальный диагноз при метеоризме	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-5	КВ, П
34.	Тема 3.9	Синдром избыточного бактериального роста и дисбактериоз	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
35.	Тема 3.10	Воспалительные заболевания кишечника	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
36.	Тема 3.11	Клинический разбор пациента с болезнью Крона	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
37.	Тема 3.12	Болезнь Уиппла	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
38.	Тема 3.13	Карциноидный синдром	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
39.	Тема 3.14	Клинический разбор пациента с язвенным колитом	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
40.	Тема 3.15	Клинический разбор пациента с СРК	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
41.	Тема 3.16	Радиационный, токсический, аллергический колит	4	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
42.	Тема 3.17	Заболевания прямой кишки и ануса	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
43.	Тема 3.18	Клинический разбор пациента с дивертикулярной болезнью	2	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
44.	Тема 4.1	Строение и функции печени и желчевыводящих	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка	УК-1, ПК-5	КВ, П

		путей. Методы диагностики заболеваний печени и гепатобилиарной системы			презентации		
45.	Тема 4.2	Дифференциальный диагноз при гепатомегалии, гепатоспленомегалии	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-5	КВ, П
46.	Тема 4.3	Клинический разбор пациента с гепатомегалией	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
47.	Тема 4.4	Острый вирусный гепатит (A, B, дельта, C, D, E). Хронические вирусные гепатиты (B, C, D)	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
48.	Тема 4.5	Лекарственные поражения печени	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
49.	Тема 4.6	Алкогольная болезнь печени	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
50.	Тема 4.7	Неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП)	4	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
51.	Тема 4.8	Аутоиммунные заболевания печени	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
52.	Тема 4.9	Клинический разбор пациента с НЖБП	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
53.	Тема 4.10	Наследственные заболевания печени (болезни накопления)	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
54.	Тема 4.11	Болезни сосудов печени	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
55.	Тема 4.12	Клинический разбор пациента с аутоиммунным гепатитом	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
56.	Тема 4.13	Доброкачественные опухоли печени	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
57.	Тема 4.14	Печеночная недостаточность	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
58.	Тема 4.15	Портальная гипертензия	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,	КВ, П

					вопросами, подготовка презентации	ПК-8	
59.	Тема 4.16	Клинический разбор пациента с циррозом печени	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
60.	Тема 4.17	Синдром холестаза. Дифференциальная диагностика желтух. Доброкачественные гипербилирубинемии	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
61.	Тема 4.18	Фиброз и цирроз печени. Трансплантация печени	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
62.	Тема 4.19	Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
63.	Тема 4.20	Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
64.	Тема 4.21	Клинический разбор пациента с функциональным билиарным расстройством	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
65.	Тема 4.22	Желчнокаменная болезнь. Острый и хронический холецистит	4	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
66.	Тема 4.23	Стенозирующий дуоденальный папиллит. Холестероз желчного пузыря	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
67.	Тема 4.24	Клинический разбор пациента с ЖКБ	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
68.	Тема 4.25	Холангит	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
69.	Тема 4.26	Редкие заболевания билиарного тракта	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
70.	Тема 5.1	Клинический разбор пациента с билиарно-зависимым хроническим панкреатитом	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
71.	Тема 5.2	Строение и функции поджелудочной железы. Методы лабораторной диагностики поражений поджелудочной	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-5	КВ, П

		железы					
72.	Тема 5.3	Клинический разбор пациента с билиарно-зависимым хроническим панкреатитом	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
73.	Тема 5.4	Методы инструментальной диагностики поражений поджелудочной железы	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-5	КВ, П
74.	Тема 5.5	Острый панкреатит	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
75.	Тема 4.6	Хронический панкреатит	4	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
76.	Тема 5.7	Другие заболевания поджелудочной железы.	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
77.	Тема 5.8	Клинический разбор пациента с токсическим панкреатитом	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
78.	Тема 5.9	Клинический разбор пациента с хроническим панкреатитом с выраженной экзокринной недостаточностью	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
79.	Тема 5.10	Клинический разбор пациента с полиморбидной патологией и заболеванием поджелудочной железы	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
80.	Тема 5.11	Клинический разбор пациента с кистами, кальцинатами и фиброзом поджелудочной железы	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
81.	Тема 6.1	Клинический разбор пациента с печеночной энцефалопатией	3	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
82.	Тема 6.2	Острый живот. Острый аппендицит. Острый панкреатит. Острый холецистит	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
83.	Тема 6.3	Острые желудочно-кишечные кровотечения	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
84.	Тема 6.4	Печеночная колика. Печеночная кома	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,	КВ, П

					вопросами, подготовка презентации	ПК-8	
85.	Тема 6.5	Клинический разбор пациента с диареей	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
86.	Тема 6.6	Острая кишечная непроходимость	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
87.	Тема 6.7	Клинический разбор пациента с язвенным кровотечением в анамнезе	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
88.	Тема 6.8	Клинический разбор пациента с ЖКБ и печеночной коликой в анамнезе	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
89.	Тема 7.1	Опухоли пищевода и желудка	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
90.	Тема 7.2	Клинический разбор пациента с опухолью пищевода	3	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
91.	Тема 7.3	Опухоли печени, поджелудочной железы и билиарной системы	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
92.	Тема 7.4	Опухоли АПУД-системы и большого дуоденального сосочка	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
93.	Тема 7.5	Клинический разбор пациента с опухолью печени	3	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
94.	Тема 7.6	Опухоли кишки	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
95.	Тема 7.7	Клинический разбор пациента с опухолью толстой кишки	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
96.	Тема 7.8	Клинический разбор пациента с карциноидной опухолью	4	50%	Подготовка к занятию, работа с пациентом и с медицинской документацией пациента	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	ПН
97.	Тема 8.1	Диагностический алгоритм первичного обследования гастроэнтерологических больных	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-5	КВ, П
98.	Тема 8.2	Особенности подготовки и проведения основных лабораторно-инструментальных методов	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-5	КВ, П

		исследования желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях.					
99.	Тема 8.3	Клинические критерии отбора больных, варианты течения заболеваний органов пищеварения, при которых возможно осуществление квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях.	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
100.	Тема 8.4	Экспертиза временной нетрудоспособности. Клинико-социальные аспекты лечения больных с гастроэнтерологической патологией в поликлинике.	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
101.	Тема 8.5	Принципы и методы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
102.	Тема 8.6	Желудочная диспепсия	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
103.	Тема 8.7	Кишечная диспепсия	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
104.	Тема 8.8	Билиарная диспепсия	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
105.	Тема 8.9	Панкреатогенная диспепсия	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
106.	Тема 8.10	Дифференциальный диагноз билиарной и панкреатогенной диспепсии в поликлинических условиях.	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-5	КВ, П
107.	Тема 8.11	Дифференциальный диагноз кишечной диспепсии в поликлинических условиях	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-5	КВ, П
108.	Тема 8.12	Дифференциальный диагноз при синдроме холестаза	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка	УК-1, ПК-5	КВ, П

		в амбулаторных условиях			презентации		
109.	Тема 8.13	Дифференциальный диагноз при болевом абдоминальном синдроме в амбулаторных условиях	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-5	КВ, П
110.	Тема 8.14	Особенности ведения пациентов с функциональными расстройствами органов желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
111.	Тема 8.15	Особенности ведения полиморбидных больных с заболеваниями органов пищеварения в амбулаторных условиях	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
112.	Тема 8.16	Принципы оказания неотложной помощи гастроэнтерологическим больным на догоспитальном этапе	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
113.	Тема 8.17	Основные показания для госпитализации при различных заболеваниях органов пищеварения	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
114.	Тема 8.18	Принципы профилактики заболеваний органов пищеварения в поликлинических условиях	3	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
115.	Тема 9.1	Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях бронхолегочной системы	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
116.	Тема 9.2	Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях сердечно-сосудистой системы	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
117.	Тема 9.3	Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях мочевыделительной системы	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П

118.	Тема 9.4	Особенности поражений органов пищеварения при патологии соединительной ткани.	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
119.	Тема 9.5	Особенности поражений органов пищеварения при эндокринной патологии	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
120.	Тема 9.6	Особенности поражений органов пищеварения при муковисцидозе, амилоидозе и гемохроматозе	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
121.	Тема 9.7	Поражения органов пищеварения при СПИД и туберкулезе	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
122.	Тема 9.8	Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях крови.	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
123.	Тема 9.9	Поражения органов пищеварения при профессиональных интоксикациях	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
124.	Тема 9.10	Поражения органов пищеварения при паразитарных и глистных инвазиях	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
125.	Тема 9.11	Поражения органов пищеварения при аллергических заболеваниях	2	50%	Подготовка к занятию, работа с контрольными вопросами, подготовка презентации	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
		ВСЕГО:	**332**	166 час.	В том числе на подготовку и оформление курсовой работы 40 час.		

****Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, ПН-практические навыки, П-презентация*

Оформление курсовой работы осуществляется в соответствии с локальным актом «Порядок оформления курсовой работы обучающимися по программам ординатуры»

Примерная тематика презентаций (докладов) для самостоятельной работы:

1. Хирургическая тактика при эзофагеальной обструкции.
2. Эндоскопические методы бужирования пищевода.
3. Эзофагеальная обструкция за счет сдавления извне: причины, тактика ведения пациента.
4. Особенности герпевирусного эзофагита.
5. Кандидозный эзофагит на фоне иммунодефицита.
6. Морфологическая характеристика различных видов эзофагитов.

Примерная тематика презентаций (докладов) для курсовых работ:

1. Современные подходы к медикаментозному лечению пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.
2. Канцеропревенция в отношении рака желудка при атрофическом гастрите.
3. Скрининг колоректального рака в амбулаторной клинической практике.
4. Тактика ведения пациента с пищеводом Барретта.

5. Лимфопролиферативные заболевания, сопровождающиеся поражением органов пищеварительной системы.
6. Эпидемиология и современные методы диагностики вирусных гепатитов.
7. Современная диагностика нейроэндокринных опухолей.
8. Современные подходы к ведению пациентов с синдромом раздраженного кишечника и overlap-синдромом.
9. Дифференциальная диагностика желтух в амбулаторной клинической практике.
10. Тактика ведения пациента с псевдомембранозным колитом.
11. Сосудистые заболевания кишечника.
12. Холестероз желчного пузыря.

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. 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			
		ТЗ	КВ	СЗ	П
Текущий контроль	Раздел 1. Заболевания пищевода	20	48	3	12
	Раздел 2. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки	20	26	7	15
	Раздел 3. Заболевания тонкой и толстой кишки	22	31	9	17
	Раздел 4. Заболевания печени и билиарного тракта	45	86	6	56
	Раздел 5. Заболевания поджелудочной железы	20	24	5	12
	Раздел 6. Неотложная гастроэнтерология	32	23	10	18
	Раздел 7. Онкогастроэнтерология	24	17	8	15
	Раздел 8. Поликлиническая гастроэнтерология	-	47	-	21
	Раздел 9. Поражения органов пищеварения при других заболеваниях	-	22	-	27
ИТОГО		**183**	**324**	**48**	**193**

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, СЗ- ситуационные задачи, Д (доклады)

5.2 Распределение количества оценочных средств по разделам на промежуточной аттестации

Промежуточные аттестации	Общее количество оценочных средств			
	КВ	ТЗ	СЗ	ПН
Промежуточная аттестация № 1	44	107	25	2
Промежуточная аттестация № 2	20	76	23	2
Промежуточная аттестация № 3	69	-	-	2
Промежуточная аттестация № 4	Курсовая работа			
ВСЕГО	133	183	48	

5.3 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	КВ, ТЗ, СЗ, П
ПК-1 Готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	КВ, ТЗ, СЗ, П
ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	КВ, ТЗ, СЗ, П
ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	КВ, ТЗ, СЗ, П
ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	КВ, ТЗ, СЗ, П
ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	КВ, ТЗ, СЗ, П
ПК-8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	КВ, ТЗ, СЗ, П

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

5.4 Организация промежуточной аттестации

Этапы проведения промежуточной аттестации №1 и №2:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	Проверка практических навыков	ПН	УК-1, ПК-5
2 этап	Тестовый контроль	ТЗ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
3 этап	Собеседование	КВ, СЗ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

Этапы проведения промежуточной аттестации №3:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	Проверка практических навыков	ПН	УК-1, ПК-5
2 этап	Собеседование	КВ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8

Этапы проведения промежуточной аттестации №4:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	Проверка курсовой работы	Курсовая работа	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

1. Тестирование. Тестовая база (107 заданий для **промежуточной аттестации № 1** и 76 заданий для **промежуточной аттестации № 2)**, 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)
Время на подготовку 30 минут.

Критерии оценивания при решении ситуационных задач:

- «Не зачтено» - обучающийся затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил задачу.
- «Зачтено» - обучающийся предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания		
	Выполнение тестовых заданий	Контрольные вопросы	Качество презентации и курсовой работы
Неудовлетворительно	70% и менее	При ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.	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 курсовой работы (методам, полученным результатам, выводам и т.п.). Ответы не соответствуют сути заданных вопросов
Удовлетворительно	71-80%	Ответ неполный, требует наводящих вопросов. Речевое оформление требует поправок, коррекции.	оформление презентации не выдержано в едином стиле, присутствует много текста, которые не несет никакой значимой информации, имеются грамматические ошибки – более 5; в ответах на вопросы к докладу ординатор показывает недостаточные знания, затрудняется в объяснении результатов собственных исследований
Хорошо	81-90%	Ответ полный, но требует дополнений. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя.	презентация оформлена хорошо, но присутствуют отклонения от единого стиля, 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 полные теоретические знания , но ординатор затрудняется объяснить отдельные факты из результатов собственных исследований
Отлично	91-100%	Ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа.	презентация оформлена в едином стиле, выполнено акцентирование наиболее значимой информации, оформление не отвлекает от содержания; отсутствуют грамматические ошибки; при ответах на вопросы по докладу демонстрируются глубокие и полные теоретические знания в области проведенных исследований

Критерии оценки сформированности компетенций на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности 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

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции
КВ	Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Классификация. Течение и осложнения. Лечение. Показания к хирургическому лечению. Полный развернутый ответ.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
ТЗ	Признаками пищевода Баррета являются: 1) язва пищевода 2) цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части пищевода 3) врожденный короткий пищевод 4) отсутствие перистальтики пищевода 5) щелочной пищевод	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
СЗ	Больной С., 36 л., жалуется на периодически возникающие загрудинные боли, периодически отрыжку с гнилостным привкусом и запахом. Данные жалобы появились около года назад и стали постепенно усиливаться и учащаться. Из анамнеза жизни: не курит, часто не употребляет, питание нерегулярное, всухомятку. Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный. Вопросы: 1. Предварительный диагноз 2. План обследования 3. План лечения Ответы: 1. Ахалазия кардии. 2. ФГДС, рентгенография пищевода, компьютерная томография. 3. Выполнение специального эндоскопического вмешательства – баллонная пневмодилатация кардии.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
ПН	1. Навык субъективного опроса пациента. 1) Сбор жалоб – выполнено в полном объеме. 2) Сбор анамнеза заболевания – выполнено в полном объеме. 3) Сбор анамнеза жизни – выполнено в полном объеме. 2. Навык объективного обследования пациента: 4) Физикальное исследование органов сердечно-сосудистой системы – выполнено в полном объеме. 5) Физикальное исследование органов дыхательной системы – выполнено в полном объеме. 6) Физикальное исследование органов пищеварительной системы – выполнено в полном объеме. 7) Физикальное исследование органов мочевыделительной системы – выполнено в полном объеме.	УК-1, ПК-5
Курсовая работа	Примеры тем для курсовой работы: 1. Современные подходы к медикаментозному лечению пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника. 2. Канцеропревенция в отношении рака желудка при атрофическом гастрите. 3. Лимфопролиферативные заболевания, сопровождающиеся поражением органов пищеварительной системы.	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

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

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)
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. Рак пищевода: диагностика и комплексное лечение / С. Ю. Дворецкий, Г. И. Синенченко, А. О. Иванцов [и др.]; под ред. С. Ф. Багненко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 376 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970472217.html
2. Палевская, С. А. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / С. А. Палевская, А. Г. Короткевич. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 752 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477519.html
3. Маев, И. В. Болезни пищевода / Маев И. В., Бусарова Г. А., Андреев Д. Н. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 648 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448748.html
4. Ших, Е. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / под ред. Ших Е. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 160 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450123.html
5. Маев, И. В. Тактика врача-гастроэнтеролога: практическое руководство / под ред. И. В. Маева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 312 с. (Серия "Тактика врача"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457603.html
6. Успенский Ю.П., Барышникова Н.В., Иванов С.В. Неотложные заболевания пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки // учебное пособие. - СПб: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022. – 39с. - Текст: непосредственный.
7. Горбачева И.А., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Барышникова Н.В. Лабораторные методы диагностики в гастроэнтерологии // учебное пособие 2-ое издание, испр. и доп. – СПб: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022. – 65с. - Текст: непосредственный.
8. Успенский Ю.П., Горбачева И.А., Иванов С.В., Гнутов А.А. Функциональная диспепсия, гиперсенситивный рефлюксный синдром и функциональная изжога // учебное пособие. СПб: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2021. – 41с. - Текст: непосредственный.
9. Антибиотик-ассоциированная диарея. Псевдомембранозный колит: учебно-методическое пособие / Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А, Горбачева И.А., [и др.]. – Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2021. - Текст: непосредственный.
10. Лабораторные методы диагностики в гастроэнтерологии: учебное пособие / Горбачева И.А., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Барышникова Н.В. – 2-ое издание, испр. и доп. – Санкт-Петербург: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022. – 65с. – Текст: непосредственный.
11. Clostridioides difficile (C. difficile) - ассоциированная болезнь. Клинические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека и Российской гастроэнтерологической ассоциации / Ивашкин В.Т., Ляшенко О.С., Алексеева О.П. [и др.]. - 2022. - 71 с. - Текст: непосредственный.
12. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шелыгин Ю.А., [и др.]. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(5). - С. 74–95. – URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-74-95. - Текст: электронный.
13. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки / В.Т. Ивашкин, Ю.А. Шелыгин, С.И. Ачкасов, [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2016. - № 26(5). - С. 56-65. - – URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2016-5-56-65. - Текст: электронный.
14. Практические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека (НСОИМ) и Российской гастроэнтерологической

ассоциации (РГА) по применению пробиотиков для лечения и профилактики заболеваний гастроэнтерологического профиля у взрослых / Ивашкин В.Т., Маев И. В., Абдулганиева Д. И., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(2). - С. 76–89. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-2-76-89. - Текст: электронный.
15. Клинические рекомендации «Хронические диареи у взрослых» / Лазебник Л. Б., Сарсенбаева А. С., Авалуева Е. Б., [и др.]. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2021. - № 188(4). - С. 7–67. – URL: DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-188-4-7-67. - Текст: электронный.
16. Клинические рекомендации. Болезнь Крона (К50), взрослые / Шелыгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Ачкасов С.И [и др.] // Колопроктология. - 2023. - № 22(3). - С. 10-49. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-3-10-49. - Текст: электронный.
17. Язвенный колит (К51), взрослые / Шелыгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Белоусова Е.А. [и др.] // Колопроктология. - 2023. - № 22(1). - С. 10-44. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-10-44. - Текст: электронный.
18. Успенский Ю.П. Возможности применения месалазина ММХ в терапии язвенного колита в рутинной амбулаторной практике / Успенский Ю.П., Иванов С.В., Фоминых Ю.А. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(6). - С. 7-15. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-6-7-15. - Текст: электронный.
19. Шептулин А.А. Диагностические возможности определения уровня фекального кальпротектина в клинической практике / Шептулин А.А., Кардашева С.С., Курбатова А.А. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2022. - № 32(6). - С. 53-59. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-6-53-59. - Текст: электронный.
20. Современные подходы в морфологической диагностике воспалительных заболеваний кишечника / Тертычный А.С., Ахриева Х.М., Коган Е.А. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2022. - № 32(2). - С. 73-84. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-2-73-84. - Текст: электронный.
21. Диагностический алгоритм при болях в суставах у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника / Долгушина А.И., Хусаинова Г.М., Несмеянова О.Б. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(5). - С. 51-60. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-51-60. - Текст: электронный.

Дополнительная литература:

1. Давыдкин, И. Л. Поликлиническая терапия: учебник / под ред. Давыдкина И. Л., Щукина Ю. В. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 840 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455456.html
2. Ивашкин, В. Т. Справочник по инструментальным исследованиям и вмешательствам в гастроэнтерологии / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. С. Трухманов - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 560 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430927.html
3. Внутренние болезни: учебник / Маколкин В. И., Овчаренко С. И., Сулимов В. А. - 6-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441572.html
4. Маев И.В., Болезни желудка / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 976 с. - Текст: электронный // URL:
5. Маев, И. В. Инфекция Helicobacter pylori: [монография] / И. В. Маев, А. А. Самсонов, Д. Н. Андреев. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 256 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442814.html

6. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html
7. Практические рекомендации для терапевтов по избранным вопросам гастроэнтерологии (редакция от 26.10.2020), утвержденные Первым заместителем Председателя Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. - Санкт-Петербург: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2020. – 213 с. – Текст: непосредственный.
8. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации «Эндоскопическое общество РЭНДО» по диагностике и лечению гастрита, дуоденита / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(4). - С. 70–99. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-4-70-99. – Текст: электронный.
9. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества) / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(1). - С. 49–70. – URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-1-49-70. – Текст: электронный.
10. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции Helicobacter pylori у взрослых / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2018. - № 28 (1). - С. 55-70. – URL: https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/218/191. – Текст: электронный.
11. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекционного эзофагита / Ивашкин В.Т., Ющук Н.Д., Маев И.В., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(5). - С. 63–83. – URL: https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/511/356. – Текст: электронный.
12. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(4). - С. 70–97. – URL: https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/513. – Текст: электронный.
13. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2017. - № 27(1). - С. 50-61. – URL:https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/123/98.– Текст: электронный.
14. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2018. - № 28(6). - С. 84–98. – URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2018-28-6-84-98. – Текст: электронный.
15. Фоминых Ю.А. Нарушение микробиоты кишечника у больных целиакией взрослых / Фоминых Ю.А. // University Therapeutic Journal. - 2021. - № 3(4). - С. 28-39. - URL: https://gpmu.org/userfiles/file/journals/utj/2021_4_University_therapeutic_journal_RGB.pdf. - Текст: непосредственный.
16. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html. - Текст: электронный.

17. Практические рекомендации для терапевтов по избранным вопросам гастроэнтерологии (редакция от 26.10.2020), утвержденные Первым заместителем Председателя Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. - Санкт-Петербург: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2020. – 213 с. – Текст: непосредственный.
18. Прогноз ВЗК: риск ургентных хирургических осложнений: методические рекомендации / Успенский Ю.П., Иванов С.В., Фоминых Ю.А. [и др.] – Санкт-Петербург: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2023 – 25 с. – Текст: непосредственный.
19. Ахмедов, В. А. Заболевания желудочно-кишечного тракта у беременных / В. А. Ахмедов, М. А. Ливзан - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 128 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438398.html. - Текст: электронный.
20. Синдром раздраженного кишечника у беременных женщин: учебное пособие / Пустотина О.А., Остроменский В.В., Дикке Г.Б. [и др.]. – Москва: Издательство МАИ, 2021. – 32 с. – Текст: непосредственный.
21. Язвенный колит. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России / Абдулганиева Д. И., Алексеева О. П., Ачкасов С.И., [и др.]. - 2020. - 56с. - Текст: непосредственный.
22. Болезнь Крона. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России / Абдулганиева Д. И., Алексеева О. П., Ачкасов С.И., [и др.]. - 2020. - 47с. - Текст: непосредственный.
23. Запор. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России / Алешин Д.В., Ачкасов С.И., Баранская Е.К. [и др.]. - 2020. - С. 26. - Текст: непосредственный.
24. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей / под ред. Е. В. Ших, В. Н. Дроздова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 464 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477021.html. - Текст: электронный.
25. Мельникова, И. Ю. Детская гастроэнтерология / под ред. Мельниковой И. Ю. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 480 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451755.html. - Текст: электронный.
26. Прогнозирование развития ургентных жизнеугрожающих хирургических осложнений воспалительных заболеваний кишечника (болезнь Крона, язвенный колит) на основании искусственного интеллекта с использованием специализированной компьютерной программы «Прогноз ВЗК: риск ургентных хирургических осложнений»: Методические рекомендации / Ю. П. Успенский, С. В. Иванов, Ю. А. Фоминых [и др.]; Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. – Санкт-Петербург: ООО "Цифровая Типография Процвет", 2023. – 25 с. – EDN NYFDNR. - Текст: непосредственный.
27. Затевахин, И. И. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с.: ил. - (Серия "Национальные руководства"). - 912 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466315.html. - Текст: электронный.
28. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей / под ред. Е. В. Ших, В. Н. Дроздова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 464 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477021.html. - Текст: электронный.
29. Заболевания кишечника в детском возрасте: руководство для врачей / Запруднов А. М., Харитонова Л. А., Григорьев К. И., Дронов А. Ф. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 488 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446164.html. - Текст: электронный.
30. Мельникова, И. Ю. Детская гастроэнтерология / под ред. Мельниковой И. Ю. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 480 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451755.html. - Текст: электронный.

31. Перианальные свищи при болезни Крона (обзор литературы). / Аносов И.С., Нанаева Б.А., Варданян А.В., Захаров М.А. // Колопроктология. - 2023. - № 22(1). - С. 128-137. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-128-137. - Текст: электронный.
32. Гранулематозные заболевания кишечника: болезнь Крона и туберкулез. Сложности дифференциальной диагностики (клиническое наблюдение и обзор литературы) / Варданян А.В., Меркулова Е.С., Белинская В.А. [и др.] // Колопроктология. - 2023. - № 22(1). - С. 117-127. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-117-127. - Текст: электронный.
33. Эндоскопическая диагностика дисплазии эпителия толстой кишки у пациентов с длительным анамнезом язвенного колита / Архипова О.В., Скридлевский С.Н., Веселов В.В., Майновская О.А. // Колопроктология. - 2020. - № 19(1). - С. 37-50. - URL:https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-1-37-50. - Текст: электронный.
34. Особенности осложненного течения и внекишечных проявлений воспалительных заболеваний кишечника / Ю. П. Успенский, С. В. Иванов, Ю. А. Фоминых [и др.] // University Therapeutic Journal. – 2023. – Т. 5. – № 2. – С. 68-83. –. - URL: DOI 10.56871/UTJ.2023.72.18.006. - Текст: электронный.

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 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.

7.2 Учебно-методические материалы для преподавателей

- Методическое материалы по дисциплине «Гастроэнтерология» для специальности 31.08.28 Гастроэнтерология, Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2022
- Фоминых Ю.А., Шотик А.В., Добренко В.А., Кизимова О.А. Хронический панкреатит. Учебное пособие. 2023. – 39 с.
- Фоминых Ю.А., Иванов С.В., Наджафова К.Н., Диарейный синдром. Учебное пособие. – 2023. – 42с.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Гастроэнтерология» программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология 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.

Необходимый для реализации программы ординатуры перечень материально-технического и учебно-методического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

– учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованные специализированной мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочим учебным программам дисциплин;
– учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа - укомплектованные специализированной (учебной) мебелью, 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;
- учебная аудитория для курсового проектирования (выполнения курсовых работ) - 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 в электронную информационно-образовательную среду организации;
- помещения, предусмотренные для оказания медицинской помощи пациентам, в том числе связанные с медицинскими вмешательствами: специализированные медицинские отделения, палаты и ординаторские, оснащенные специализированным оборудованием и медицинскими изделиями и расходным материалом в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью индивидуально, а также иное оборудование, необходимое для реализации программы ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Гастроэнтерология» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

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 «Гастроэнтерология» 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.

Приложение № 1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»

Специальность ординатуры	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация (степень) выпускника:	**Врач-гастроэнтеролог**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине **«ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Заболевания пищевода	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П, ПН
Раздел 2. Заболевания желудка и двенадцатиперстной кишки	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П, ПН
Раздел 3. Заболевания тонкой и толстой кишки	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П, ПН
Раздел 4. Заболевания печени и билиарного тракта	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П, ПН
Раздел 5. Заболевания поджелудочной железы	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П, ПН
Раздел 6. Неотложная гастроэнтерология	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П, ПН
Раздел 7. Онкогастроэнтерология	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, ТЗ, СЗ, П, ПН
Раздел 8. Поликлиническая гастроэнтерология	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П
Раздел 9. Поражения органов пищеварения при других заболеваниях	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8	КВ, П

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

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

УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

ПК-2 Готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.

ПК-5 Готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

ПК-6 Готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи.

ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации.

ПК-8 Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

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	**Знает:** - методы формальной логики	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения	**Для текущего контроля:** **КВ:** Раздел 1: № 1-48; Раздел 2: № 1-26; Раздел 3: № 1-31; Раздел 4: № 1-86; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-23; Раздел 7: № 1-17; Раздел 8: № 1-47; Раздел 9: № 1-22 **ТЗ:** Раздел 1: № 1-20; Раздел 2: № 1-20; Раздел 3: № 1-22; Раздел 4: № 1-45; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-32; Раздел 7: № 1-24

		практического навыка.	**СЗ:** Раздел 1: № 1-3; Раздел 2: № 1-7; Раздел 3: № 1-9; Раздел 4: № 1-6; Раздел 5: № 1-5; Раздел 6: № 1-10; Раздел 7: № 1-8 **П:** Раздел 1: № 1-12; Раздел 2: № 1-15; Раздел 3: № 1-17; Раздел 4: № 1-56; Раздел 5: № -12; Раздел 6: № 1-18; Раздел 7: № 1-15; Раздел 8: № 1-21; Раздел 9: № 1-27 **Для промежуточной аттестации:** **КВ:** ПА № 1: № 1-44; ПА № 2: №; ПА № 3: № 1-69 **ТЗ:** ПА № 1: № 1-107; ПА № 2: № 1-76 **СЗ:** ПА № 1: № 1-25; ПА № 2: № 1-23
	Умеет: - самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - прослеживать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения практического навыка.	**Для текущего контроля:** **КВ:** Раздел 1: № 1-48; Раздел 2: № 1-26; Раздел 3: № 1-31; Раздел 4: № 1-86; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-23; Раздел 7: № 1-17; Раздел 8: № 1-47; Раздел 9: № 1-22 **ТЗ:** Раздел 1: № 1-20; Раздел 2: № 1-20; Раздел 3: № 1-22; Раздел 4: № 1-45; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-32; Раздел 7: № 1-24 **СЗ:** Раздел 1: № 1-3; Раздел 2: № 1-7; Раздел 3: № 1-9; Раздел 4: № 1-6; Раздел 5: № 1-5; Раздел 6: № 1-10; Раздел 7: № 1-8 **П:** Раздел 1: № 1-12; Раздел 2: № 1-15; Раздел 3: № 1-17; Раздел 4: № 1-56; Раздел 5: № -12; Раздел 6: № 1-18; Раздел 7: № 1-15; Раздел 8: № 1-21; Раздел 9: № 1-27 **Для промежуточной аттестации:** **КВ:** ПА № 1: № 1-44; ПА № 2: №; ПА № 3: № 1-69 **ТЗ:** ПА № 1: № 1-107; ПА № 2: № 1-76 **СЗ:** ПА № 1: № 1-25; ПА № 2: № 1-23

Профессиональные компетенции

Индикаторы достижения профессио-нальных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-2	**Знает:** - информацию о распространенности и частоте встречаемости основных групп гастроэнтерологических заболеваний в Российской Федерации; - факторы риска и начальные клинические проявления гастроэнтерологических заболеваний; - возможности ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний; - варианты течения хронических	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения практического навыка.	**Для текущего контроля:** **КВ:** Раздел 1: № 1-48; Раздел 2: № 1-26; Раздел 3: № 1-31; Раздел 4: № 1-86; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-23; Раздел 7: № 1-17; Раздел 8: № 1-47; Раздел 9: № 1-22 **ТЗ:** Раздел 1: № 1-20; Раздел 2: № 1-20; Раздел 3: № 1-22; Раздел 4: № 1-45; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-32; Раздел 7: № 1-24 **СЗ:** Раздел 1: № 1-3; Раздел 2: № 1-7; Раздел 3: № 1-9; Раздел 4: №

	гастроэнтерологических заболеваний; - принципы диспансерного наблюдения за пациентами с гастроэнтерологическими заболеваниями (кратность осмотров, перечень диагностических исследований, необходимость реабилитационных мероприятий); - первичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний		1-6; Раздел 5: № 1-5; Раздел 6: № 1-10; Раздел 7: № 1-8 **П:** Раздел 1: № 1-12; Раздел 2: № 1-15; Раздел 3: № 1-17; Раздел 4: № 1-56; Раздел 5: № -12; Раздел 6: № 1-18; Раздел 7: № 1-15; Раздел 8: № 1-21; Раздел 9: № 1-27 **Для промежуточной аттестации:** **КВ:** ПА № 1: № 1-44; ПА № 2: № ; ПА № 3: № 1-69 **ТЗ:** ПА № 1: № 1-107; ПА № 2: № 1-76 **СЗ:** ПА № 1: № 1-25; ПА № 2: № 1-23
	Умеет: - интерпретировать информацию, полученную при клиническом и дополнительных методах исследования здорового населения разных возрастных групп; - назначить мероприятия первичной профилактики группам населения, подлежащим прохождению профилактических осмотров и диспансерному наблюдению; - дать рекомендации пациенту и лечащему врачу по дальнейшей тактике ведения пациента	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения практического навыка.	**Для текущего контроля:** **КВ:** Раздел 1: № 1-48; Раздел 2: № 1-26; Раздел 3: № 1-31; Раздел 4: № 1-86; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-23; Раздел 7: № 1-17; Раздел 8: № 1-47; Раздел 9: № 1-22 **ТЗ:** Раздел 1: № 1-20; Раздел 2: № 1-20; Раздел 3: № 1-22; Раздел 4: № 1-45; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-32; Раздел 7: № 1-24 **СЗ:** Раздел 1: № 1-3; Раздел 2: № 1-7; Раздел 3: № 1-9; Раздел 4: № 1-6; Раздел 5: № 1-5; Раздел 6: № 1-10; Раздел 7: № 1-8 **П:** Раздел 1: № 1-12; Раздел 2: № 1-15; Раздел 3: № 1-17; Раздел 4: № 1-56; Раздел 5: № -12; Раздел 6: № 1-18; Раздел 7: № 1-15; Раздел 8: № 1-21; Раздел 9: № 1-27 **Для промежуточной аттестации:** **КВ:** ПА № 1: № 1-44; ПА № 2: №; ПА № 3: № 1-69 **ТЗ:** ПА № 1: № 1-107; ПА № 2: № 1-76 **СЗ:** ПА № 1: № 1-25; ПА № 2: № 1-23
ПК-5	**Знает:** - анатомию, физиологию пищеварительной системы в норме и при патологических состояниях; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - стандартный алгоритм и особенности проведения опроса пациента с гастроэнтерологическим заболеванием; - жалобы, характерные для гастроэнтерологических заболеваний; - этиологию, патогенез,	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения практического навыка.	**Для текущего контроля:** **КВ:** Раздел 1: № 1-48; Раздел 2: № 1-26; Раздел 3: № 1-31; Раздел 4: № 1-86; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-23; Раздел 7: № 1-17; Раздел 8: № 1-47; Раздел 9: № 1-22 **ТЗ:** Раздел 1: № 1-20; Раздел 2: № 1-20; Раздел 3: № 1-22; Раздел 4: № 1-45; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-32; Раздел 7: № 1-24 **СЗ:** Раздел 1: № 1-3; Раздел 2: № 1-7; Раздел 3: № 1-9; Раздел 4: № 1-6; Раздел 5: № 1-5; Раздел 6: №

	классификации, клиническую картину, методы диагностики, дифференциальный диагноз гастроэнтерологических заболеваний; - МКБ-10; формулировки диагнозов гастроэнтерологических заболеваний; - лабораторные и инструментальные диагностические методы (лучевые и другие визуализационные, ультразвуковые методы), их информативность, показания и противопоказания к использованию при гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых		1-10; Раздел 7: № 1-8 **П:** Раздел 1: № 1-12; Раздел 2: № 1-15; Раздел 3: № 1-17; Раздел 4: № 1-56; Раздел 5: № -12; Раздел 6: № 1-18; Раздел 7: № 1-15; Раздел 8: № 1-21; Раздел 9: № 1-27 **Для промежуточной аттестации:** **КВ:** ПА № 1: № 1-44; ПА № 2: №; ПА № 3: № 1-69 **ТЗ:** ПА № 1: № 1-107; ПА № 2: № 1-76 **СЗ:** ПА № 1: № 1-25; ПА № 2: № 1-23
	Умеет: - собрать анамнез и получить информацию о заболевании (опросить пациента, родственников, работать с медицинской документацией); - применить объективные методы исследования пациента; - выделить ведущие гастроэнтерологические синдромы и поставить предварительный диагноз; - поставить и обосновать клинический диагноз; - пользоваться МКБ-10 для постановки клинического диагноза; - определить необходимость дополнительных методов исследования, интерпретировать полученные данные; - провести дифференциальную диагностику гастроэнтерологического заболевания; - оценить тяжесть состояния больного по клиническому и дополнительным методам исследования, оценить динамику гастроэнтерологической симптоматики во времени	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения практического навыка.	**Для текущего контроля:** **КВ:** Раздел 1: № 1-48; Раздел 2: № 1-26; Раздел 3: № 1-31; Раздел 4: № 1-86; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-23; Раздел 7: № 1-17; Раздел 8: № 1-47; Раздел 9: № 1-22 **ТЗ:** Раздел 1: № 1-20; Раздел 2: № 1-20; Раздел 3: № 1-22; Раздел 4: № 1-45; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-32; Раздел 7: № 1-24 **СЗ:** Раздел 1: № 1-3; Раздел 2: № 1-7; Раздел 3: № 1-9; Раздел 4: № 1-6; Раздел 5: № 1-5; Раздел 6: № 1-10; Раздел 7: № 1-8 **П:** Раздел 1: № 1-12; Раздел 2: № 1-15; Раздел 3: № 1-17; Раздел 4: № 1-56; Раздел 5: № -12; Раздел 6: № 1-18; Раздел 7: № 1-15; Раздел 8: № 1-21; Раздел 9: № 1-27 **Для промежуточной аттестации:** **КВ:** ПА № 1: № 1-44; ПА № 2: №; ПА № 3: № 1-69 **ТЗ:** ПА № 1: № 1-107; ПА № 2: № 1-76 **СЗ:** ПА № 1: № 1-25; ПА № 2: № 1-23
ПК-6	**Знает:** - общие вопросы организации гастроэнтерологической помощи в РФ, и связанными с ней вопросами организации работы скорой и неотложной помощи; - организацию помощи пациентам с гастроэнтерологическими заболеваниями - показания к различным формам оказания гастроэнтерологической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации; - различные способы лечения	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения практического навыка.	**Для текущего контроля:** **КВ:** Раздел 1: № 1-48; Раздел 2: № 1-26; Раздел 3: № 1-31; Раздел 4: № 1-86; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-23; Раздел 7: № 1-17; Раздел 8: № 1-47; Раздел 9: № 1-22 **ТЗ:** Раздел 1: № 1-20; Раздел 2: № 1-20; Раздел 3: № 1-22; Раздел 4: № 1-45; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-32; Раздел 7: № 1-24 **СЗ:** Раздел 1: № 1-3; Раздел 2: № 1-7; Раздел 3: № 1-9; Раздел 4: № 1-6; Раздел 5: № 1-5; Раздел 6: № 1-10; Раздел 7: № 1-8

	гастроэнтерологических заболеваний: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое, паллиативное; - современные стандарты лечения гастроэнтерологических заболеваний и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту; - основы фармакотерапии гастроэнтерологических заболеваний (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного лечения у пациентов разных возрастных групп (особенности использования в детском возрасте и гериатрии); - современные возможности прогнозирования индивидуальных реакций и чувствительности организма при использовании фармакологических препаратов; - хирургические методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (показания и противопоказания); - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов		**П:** Раздел 1: № 1-12; Раздел 2: № 1-15; Раздел 3: № 1-17; Раздел 4: № 1-56; Раздел 5: № -12; Раздел 6: № 1-18; Раздел 7: № 1-15; Раздел 8: № 1-21; Раздел 9: № 1-27 **Для промежуточной аттестации:** **КВ:** ПА № 1: № 1-44; ПА № 2: №; ПА № 3: № 1-69 **ТЗ:** ПА № 1: № 1-107; ПА № 2: № 1-76 **СЗ:** ПА № 1: № 1-25; ПА № 2: № 1-23
	Умеет: - выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение); - определить наличие нетрудоспособности пациента; - назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при гастроэнтерологических заболеваниях с учетом возраста и индивидуальных особенностей пациента; - оценить динамику течения заболевания, внести коррективы в лечебную тактику; - прогнозировать течение и исход заболевания; - информировать пациента о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения практического навыка.	**Для текущего контроля:** **КВ:** Раздел 1: № 1-48; Раздел 2: № 1-26; Раздел 3: № 1-31; Раздел 4: № 1-86; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-23; Раздел 7: № 1-17; Раздел 8: № 1-47; Раздел 9: № 1-22 **ТЗ:** Раздел 1: № 1-20; Раздел 2: № 1-20; Раздел 3: № 1-22; Раздел 4: № 1-45; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-32; Раздел 7: № 1-24 **СЗ:** Раздел 1: № 1-3; Раздел 2: № 1-7; Раздел 3: № 1-9; Раздел 4: № 1-6; Раздел 5: № 1-5; Раздел 6: № 1-10; Раздел 7: № 1-8 **П:** Раздел 1: № 1-12; Раздел 2: № 1-15; Раздел 3: № 1-17; Раздел 4: № 1-56; Раздел 5: № -12; Раздел 6: № 1-18; Раздел 7: № 1-15; Раздел 8: № 1-21; Раздел 9: № 1-27 **Для промежуточной аттестации:**

	заболевания на основе принципов этики и деонтологии		**КВ:** ПА № 1: № 1-44; ПА № 2: №; ПА № 3: № 1-69 **ТЗ:** ПА № 1: № 1-107; ПА № 2: № 1-76 **СЗ:** ПА № 1: № 1-25; ПА № 2: № 1-23
ПК-7	**Знает:** - принципы к оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания.	**Для текущего контроля:** **КВ:** Раздел 6: № 1-23 **ТЗ:** Раздел 6: № 1-32 **СЗ**: Раздел 6: № 1-10
	Умеет: - организовать обеспечение медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания.	**Для промежуточной аттестации:** **КВ:** ПА № 2: № 1-23 **ТЗ:** ПА № 2: № 1-32 **СЗ:** ПА № 2: № 1-10
ПК-8	**Знает:** - эпидемиологию гастроэнтерологических заболеваний, имеющих исход в инвалидизацию; - прогноз и исходы гастроэнтерологических заболеваний; - методы реабилитации (ранние и поздние) гастроэнтерологических заболеваний; - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма выполнения практического навыка.	**Для текущего контроля:** **КВ:** Раздел 1: № 1-48; Раздел 2: № 1-26; Раздел 3: № 1-31; Раздел 4: № 1-86; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-23; Раздел 7: № 1-17; Раздел 8: № 1-47; Раздел 9: № 1-22 **ТЗ:** Раздел 1: № 1-20; Раздел 2: № 1-20; Раздел 3: № 1-22; Раздел 4: № 1-45; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-32; Раздел 7: № 1-24 **СЗ:** Раздел 1: № 1-3; Раздел 2: № 1-7; Раздел 3: № 1-9; Раздел 4: № 1-6; Раздел 5: № 1-5; Раздел 6: № 1-10; Раздел 7: № 1-8 **П:** Раздел 1: № 1-12; Раздел 2: № 1-15; Раздел 3: № 1-17; Раздел 4: № 1-56; Раздел 5: № -12; Раздел 6: № 1-18; Раздел 7: № 1-15; Раздел 8: № 1-21; Раздел 9: № 1-27 **Для промежуточной аттестации:** **КВ:** ПА № 1: № 1-44; ПА № 2: № ПА № 3: № 1-69 **ТЗ:** ПА № 1: № 1-107; ПА № 2: № 1-76 **СЗ:** ПА № 1: № 1-25; ПА № 2: № 1-23
	Умеет: - определить реабилитационную программу пациенту с гастроэнтерологическим с учетом возраста, потребностей пациента, прогнозируемого результата и экономической целесообразности	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в презентации. Соблюдение алгоритма	**Для текущего контроля:** **КВ:** Раздел 1: № 1-48; Раздел 2: № 1-26; Раздел 3: № 1-31; Раздел 4: № 1-86; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-23; Раздел 7: № 1-17; Раздел 8: № 1-47; Раздел 9: № 1-22 **ТЗ:** Раздел 1: № 1-20; Раздел 2: № 1-20; Раздел 3: № 1-22; Раздел 4: № 1-45; Раздел 5: № 1-20; Раздел 6: № 1-32; Раздел 7: № 1-

		выполнения практического навыка.	24 **СЗ:** Раздел 1: № 1-3; Раздел 2: № 1-7; Раздел 3: № 1-9; Раздел 4: № 1-6; Раздел 5: № 1-5; Раздел 6: № 1-10; Раздел 7: № 1-8 **П:** Раздел 1: № 1-12; Раздел 2: № 1-15; Раздел 3: № 1-17; Раздел 4: № 1-56; Раздел 5: № -12; Раздел 6: № 1-18; Раздел 7: № 1-15; Раздел 8: № 1-21; Раздел 9: № 1-27 **Для промежуточной аттестации:** **КВ:** ПА № 1: № 1-44; ПА № 2: №; ПА № 3: № 1-69 **ТЗ:** ПА № 1: № 1-107; ПА № 2: № 1-76 **СЗ:** ПА № 1: № 1-25; ПА № 2: № 1-23

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

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. Речевое оформление требует поправок, коррекции.
«Неудовлетворительно» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.

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.

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.

Качество презентации и курсовой работы
«Отлично» -презентация оформлена в едином стиле, выполнено акцентирование наиболее значимой информации, оформление не отвлекает от содержания; отсутствуют грамматические ошибки; при ответах на вопросы по докладу демонстрируются глубокие и полные теоретические знания в области проведенных исследований
«Хорошо» -презентация оформлена хорошо, но присутствуют отклонения от единого стиля, 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 полные теоретические знания, но ординатор затрудняется объяснить отдельные факты из результатов собственных исследований
«Удовлетворительно» - оформление презентации не выдержано в едином стиле, присутствует много текста, которые не несет никакой значимой информации, имеются грамматические ошибки – более 5; в ответах на вопросы к докладу ординатор показывает недостаточные знания, затрудняется в объяснении результатов собственных исследований
«Неудовлетворительно» - 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 курсовой работы (методам, полученным результатам, выводам и т.п.). Ответы не соответствуют сути заданных вопросов

Шкала оценивания результатов контроля в общем виде

Оценка	Знать	Уметь
Неудовлетворительно	Отсутствие знаний	Отсутствие умений
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

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности 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

Сводная таблица критериев оценки знаний и умений по дисциплине

Оценка	Вид задания				
	Собеседование по контрольным вопросам	Выполнение тестовых заданий	Решение ситуационных задач	Демонстрации практических навыков	Защита презентации
Неудовлет-ворительно	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.	70% и менее	Неверный ответ накакой-либо вопрос, поставленный в ситуационной задаче	Отсутствие выполнения практического навыка	Тема не раскрыта
Удовлет-ворительно	При формулировке ответа упускает отдельные ключевые моменты. Демонстрирует неполное знание терминов, концепций и теорий по дисциплине. На вопросы не всегда отвечает четко, логично, по существу.	71-80%	Недостаточно полный ответ на какой-либо вопросы, поставленные в ситуационной задаче, фрагментарность знаний по теме ситуационной задачи	Фрагментарное соблюдение алгоритма выполнения практического навыка	Тема раскрыта фрагментарно
Хорошо	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.	81-90%	Верный, но недостаточно полный ответ все вопросы, поставленные в ситуационной задаче	Полное соблюдение алгоритма выполнения практического навыка с небольшими недочетами	Тема раскрыта не полностью, имеются вопросы, не отраженные в презентации
Отлично	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.	91-100%	Верный и полный развернутый ответ все вопросы, поставленные в ситуационной задаче	Полное соблюдение алгоритма выполнения практического навыка	Тема раскрыта полностью

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет с оценкой

5. Этапы проведения промежуточных аттестаций:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Код контролируемой компетенции

Промежуточная аттестация № 1			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
3 этап	собеседование	КВ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
3этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
Промежуточная аттестация № 2			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8
3 этап	собеседование	КВ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
3этап	решение ситуационных задач	СЗ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
Промежуточная аттестация № 3			
1 этап	собеседование	КВ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8
Промежуточная аттестация № 4 - представление курсовой работы			УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы
ТЗ – тестовые задания
СЗ – ситуационные задачи
ПН – практические навыки
Р/Д – темы рефератов/докладов
П – презентации

Раздел 1. Заболевания пищевода
Пояснение: Для раздела первоначально составлен нумерованный список тестовых заданий, из которого для каждой темы выбраны соответствующие тестовые задания.

Тема 1. Строение и функции пищевода. Методы исследования пищевода
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Анатомия пищевода.
2. Физиология пищевода.
3. Патофизиология пищевода.
4. Показания, противопоказания и методология рентгенографии пищевода.
5. Показания, противопоказания и методология эндоскопического исследования пищевода.
6. Показания, противопоказания и методология pH-метрии.

Тема 2. Ахалазия кардии
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Патогенез ахалазии кардии.
2. Клиническая картина ахалазии кардии.
3. Варианты ахалазии кардии.
4. Диагностика ахалазии кардии.
5. Дифференциальная диагностика ахалазии кардии.
6. Медикаментозное лечение ахалазии кардии.
7. Эндоскопическое и хирургическое лечение ахалазии кардии.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
10. Вариантами нейромышечных заболеваний пищевода являются:
    1) Ахалазия кардии и диффузный эзофагоспазм
    2) Ахалазия кардии и болезнь Гиршпрунга
    3) Ахалазия кардии и кардиоспазм

4) Ахалазия кардии, кардиоспазм, диффузный эзофагоспазм

16. Пациент болен около 3-х лет, жалобы на затруднение прохождения пищи, регургитацию 1-2 раза в сутки, периодические боли за грудиной. Больной несколько пониженного питания, анализ крови в пределах нормы. Диагноз:
1) рак пищевода
2) ахалазия пищевода
3) рубцовая стриктура пищевода
4) эзофагит
5) дивертикул

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 1
Больной С., 69 л., жалуется на затруднение прохождения пищи по пищеводу, усиливающееся при нервной нагрузке и при определенных видах пищи. Также беспокоят боли за грудиной. Из анамнеза жизни: курит, часто употребляет алкоголь, питание нерегулярное, всухомятку. Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. План обследования
3. План лечения
1. пневмодилатация кардии.

Тема 3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Этиология и патогенез ГЭРБ.
2. Клиническая картин ГЭРБ.
3. Диагностика ГЭРБ.
4. Лечение ГЭРБ.
5. Осложнения ГЭРБ.
6. Показания к хирургическому лечению ГЭРБ.
7. Пищевод Барретта при ГЭРБ.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Для начальной стадии рефлюкс-ззофагита наиболее типичным являются:
1) диффузная гиперплазия и отек слизистой пищевода
2) гиперемия и отек слизистой дистального отдела пищевода
3) геморрагические изменения в слизистой
4) зияние кардии
5) эрозивно-язвенные дефекты слизистой

2. «Золотой стандарт» лечения ГЭРБ:
1) Ингибиторы протонной помпы
2) Н-2-гистаминоблокаторы
3) М-холинолитики
4) Антациды
5) Спазмолитики

3. Отрыжка и срыгивание, возникающие при наклоне туловища, наблюдаются при аэрофагии

1) вегетативной лабильности
2) недостаточности антропилорической области
3) недостаточности кардии
4) стриктурах пищевода

4. Для быстрого купирования изжоги следует использовать:
1) ингибиторы протонной помпы
2) антациды и альгинаты
3) спазмолитики
4) адсорбенты
5) Н-2-гистаминоблокаторы

5. Внепищеводными синдромами ГЭРБ могут являться:
1) жгучие загрудинные ангинозоподобные боли
2) эрозии зубной эмали
3) ларингит
4) бронхиальная астма
5) жгучие загрудинные ангинозоподобные боли; эрозии зубной эмали; ларингит; бронхиальная астма

6. Пищевод Баррета – это:
1) замещение многослойного плоского неороговевающего эпителия цилиндрическим с явлениями кишечной метаплазии
2) замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским эпителием
3) эрозивно-язвенное поражение пищевода
4) аденокарцинома пищевода
5) атрофия слизистой оболочки пищевода

7. При лечении пищевода Барретта ИПП (ингибиторы протонной помпы) применяются:
1) в течение 4 недель
2) в течение 8 недель
3) в течении года
4) проводится непрерывная поддерживающая терапия ИПП
5) назначение ИПП нецелесообразно

8. При длительной терапии ИПП больным ГЭРБ с наличием инфекции Helicobacter pylori (Нр) необходимо проведение эрадикации, так как:
1) эрадикация (Нр) способствует уменьшению симптомов ГЭРБ
2) эрадикация уменьшает частоту рецидивов ГЭРБ
3) эрадикация повышает эффективность лечения ГЭРБ
4) эрадикация способствует предотвращению транслокации Нр из антрального отдела на тело желудка и тем самым уменьшает риск развития атрофического гастрита и рака желудка
5) эрадикация Нр в данном случае не показана

9. К рекомендациям по изменению образа жизни для больных ГЭРБ относятся:
1) избегать обильного приема пищи и не есть на ночь
2) заняться спортом
3) избегать переохлаждения
4) спать на ортопедической подушке
5) принимать антациды

11. При псевдокоронарном (эзофагеальном) синдроме при ГЭРБ боль купирует:
    1) нитроглицерин
    2) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)
    3) транквилизаторы
    4) холинолитики
    5) спазмолитики

12. Бронхопищеводный синдром при ГЭРБ обусловлен:
    1) регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути
    2) избыточной массой тела
    3) дисфагией
    4) спазмом пищевода
    5) длительностью заболевания

14. Признаками пищевода Баррета являются:
    1) язва пищевода
    2) цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части
    3) врожденный короткий пищевод
    4) отсутствие перистальтики пищевода
    5) щелочной пищевод

18. Больная 53 лет повышенного питания жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. Какой предварительный диагноз можно поставить?
    1) ценкеровский дивертикул пищевода
    2) хронический гастрит
    3) хронический панкреатит
    4) рефлюкс-эзофагит
    5) рак пищевода

20. Механизм замыкания кардии обусловлен:
    1) пищеводно-кардиальным жомом (сфинктер)
    2) автоматизмом кардии
    3) верхней зоной повышенного давления в пищеводе
    4) внутрибрюшным давлением
    5) пищеводно-кардиальным сфинктеом и автоматизмом кардии

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 2

Больной П., 38 л. жалуется на жгучие боли в нижней части грудины, через 30 мин после еды, ежедневные, отрыжку кислым. Более 5 лет отмечает изжогу, жгучие загрудинные боли, усиливающиеся в горизонтальном положении, после обильной еды. Из анамнеза жизни: курит, часто употребляет острую пищу. Объективно: состояние удовлетворительное. Больной повышенного питания. Язык влажный, обложен у корня. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии при наклоне вперед. По остальным органам – без особенностей.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз.
2. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз
3. Лечебная тактика

Тема 4. Клинический разбор пациента с ГЭРБ

Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 5. Пептическая язва пищевода
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Этиология пептической язвы пищевода.
2. Тактика ведения пациента с пептической язвой пищевода.
3. Дифферециальная диагностика пептической язвы пищевода.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
15. Какие компоненты рефлюксата создают наибольшие риски неэффективности терапии ГЭРБ:

1) лизолецитин и желчные кислоты
2) пепсин
3) соляная кислота
4) слюна

17. Ведущая роль в генезе язвы дистального отдела пищевода принадлежит:

1) рефлюксу желудочного содержимого в пищевод
2) эзофагиту
3) снижению защитных свойств слизистой
4) нарушению микроциркуляции
5) нарушению регенерации

Тема 5. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Этиология грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
2. Факторы риска развития грыжи пищеводного отверстия диафрагмы.
3. Тактика ведения пациента с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:

1. ГПОД и ожирение – патогенетическая связь.
2. Хирургическое лечение ГПОД.
3. Анатомические варианты ГПОД и клинические проявления.

Тема 7. Эзофагеальная обструкция
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Заболевания, приводящие к эзофагеальной обструкции.
2. Тактика ведения пациента с эзофагеальной обструкцией.
3. Дифференциальная диагностика эзофагеальной обструкции.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:

7. Хирургическая тактика при эзофагеальной обструкции.
8. Эндоскопические методы бужирования пищевода.
9. Эзофагеальная обструкция за счет сдавления извне: причины, тактика ведения пациента.

Тема 8. Дискинезии пищевода

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Этиология дискинезий пищевода.
2. Тактика ведения пациента с дискинезиями пищевода.
3. Дифференциальная диагностика дискинезий пищевода.

Тема 9. Клинический разбор пациента с грыжей пищеводного отверстия диафрагмы
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 10. Дивертикул пищевода
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Этиология дивертикулов пищевода.
2. Клинические проявления дивертикулов пищевода.
3. Тактика ведения пациента с дивертикулом пищевода.

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Задача № 3
Больной С., 36 л., жалуется на периодически возникающие загрудинные боли, периодически отрыжку с гнилостным привкусом и запахом. Данные жалобы появились около года назад и стали постепенно усиливаться и учащаться.
Из анамнеза жизни: не курит, часто не употребляет, питание нерегулярное, всухомятку.
Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный.
Вопросы:

4. Предварительный диагноз
5. План обследования
6. План лечения

Тема 11. Гастро-эзофагеальный разрывно-геморрагический синдром. Синдром Меллори-Вейсса
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Клиническая картина гастро-эзофагеального разрывно-геморрагического синдрома.
2. Дифференциальная диагностика гастро-эзофагеального разрывно-геморрагического синдрома.
3. Тактика ведения пациента с гастро-эзофагеальным разрывно-геморрагическим синдромом.

Тема 12. Инфекционные и лекарственные эзофагиты
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Этиология и факторы риска развития инфекционных эзофагитов.
2. Клиническая картина инфекционных эзофагитов.
3. Клиническая картина лекарственных эзофагитов.
4. Дифференциальная диагностика эзофагитов.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:

1. Особенности герпевирусного эзофагита
2. Кандидозный эзофагит на фоне иммунодефицита
3. Морфологическая характеристика различных видов эзофагитов

Тема 13. Дифференциальный диагноз при дисфагии

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Этиология дисфагий.
2. Дифференциальная диагностика дисфагий различного генеза (органическая и функциональная).
3. Тактика ведения пациента с дисфагией.

Тема 14. Особенности клинического течения заболеваний пищевода у полиморбидного больного Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Этиология дисфагий.
2. Дифференциальная диагностика дисфагий различного генеза (органическая и функциональная).
3. Тактика ведения пациента с дисфагией.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Поражение пищевода на фоне сердечно-сосудистых заболеваний
2. Поражение пищевода при системных заболеваниях соединительной ткани
3. Нутриционная поддержка пациента с непроходимостью пищевода вследствие аденокарциномы пищевода

Раздел 2. Заболевания желудка и ДПК

Пояснение: Для раздела первоначально составлен нумерованный список тестовых заданий, из которого для каждой темы выбраны соответствующие тестовые задания.

Тема 1. Клинический разбор пациента с язвенной болезнью

Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 2. Гастроеюнальная язва

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Строение и функции желудка и двенадцатиперстной кишки.
2. Методы исследования желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностика Helicobacter pylori.
3. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки. Эрозия желудка и ДПК. Язва пептическая: пилорического канала, медиогастральная. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Препаратами с выраженным ульцерогенным действием являются:
    1. антибиотики
    2. антигистаминные
    3. нестероидные противовоспалительные
    4. гистаминоблокаторы
    5. ганглиоблокаторы
2. Для какой язвы характерны поздние и ночные боли:
    1. язвенного эзофагита
    2. язвы антрума
    3. язвы дна желудка
    4. язвы луковицы 12-ти перстной кишки
    5. язвы кардиального отдела желудка

3. pH чистого желудочного сока здорового человека:
    1. 0,5-0,9
    2. 0,9-1,5
    3. 1,5-2,0
    4. 2,0-2,5
    5. 2,5-3,0
6. При пилоробульбарных язвах зона болезненности определяется:
    1. в области мечевидного отростка
    2. в околопупочной области
    3. в эпигастральной области справа
    4. в эпигастральной области слева
    5. на 5-7 см выше пупка справа
7. К симптоматическим язвам желудка относятся:
    1. стрессовые язвы
    2. лекарственные язвы
    3. при обширных ожогах (язвы Карлинга)
    4. при синдроме Золлингера-Эллисона
    5. стрессовые язвы; лекарственные язвы; при обширных ожогах (язвы Карлинга); при синдроме Золлингера-Эллисона
8. Какой метод диагностики язвенной болезни желудка наиболее достоверный?
    1. рентгеноскопия
    2. гастрофиброскопия
    3. ультразвуковое исследование
    4. лапароскопия
    5. рентгенография

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 1

Женщина А. 32 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на общую слабость, периодическую боль в эпигастральной области. Из анамнеза известно, что данные жалобы беспокоят в течение 1 месяца. За медицинской помощью не обращалась. Терапию не получала. Также около 2 месяцев принимает препараты железа по поводу анемии легкой степени. У отца – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Объективно: Температура тела 36, 6 С. ИМТ = 21.5 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледны. Пульс 76 уд/мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье и эпигастральной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул последний раз был 2 дня назад плотной консистенции темно-коричневого цвета. В клиническом анализе крови: гемоглобин 89 г/л, микроцитоз, гипохромия, СОЭ 9 мм/час. В биохимическом анализе крови в пределах нормы. Ваш план обследования, диагноз.

Задача № 2

Больная Х. 27 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на кислый привкус во рту, периодическую боль в эпигастральной области тупого и режущего характера с иррадиацией в левое подреберье, которая усиливается после приема пищи (мясная и жирная пища) через 1,5 часа, а также натощак. Боль периодически купируется темпалгином, ношпой или омепразолом. С актом дефекации боль не связана. Также отмечает периодическую тошноту, отсутствие аппетита. Из анамнеза известно, что считает себя больной в течение 4 месяцев, когда на фоне благополучия проявились вышеописанные боли. За медицинской помощью не обращалась. Лечилась самостоятельно НПВП (темпалгин) с периодическим эффектом до 2 таблеток в день, ношпой и омепразом с кратковременным эффектом (однократный прием).

Данные приступы возникают 2 раза в неделю. Стул через день, оформленный, без патологических примесей. Последний приступ был 2 дня назад, когда отметила появление общей слабости, тумана перед глазами, тошноты и сжимающих болей в животе, а также послабление кашицеобразного темно-коричневого цвета. Повышения температуры и рвоты не было. Вызвала СМП, оказана симптоматическая терапия. Диагноз: острый гастроэнтероколит. Рекомендовано обратиться в поликлинику по м/ж и прием омепразола по 1 капсуле 1 раз в день. Объективно: Температура тела 36, 7 С. ИМТ = 29.3 кг/м2. Пульс 105 уд/мин, АД 100/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации умеренная болезненность в эпигастральной, в левой и правой подреберной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул плотный, темно-коричневый, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Тема 3. Осложнения язвенной болезни

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Осложнения язвенной болезни. Пенетрирующая язва. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика.
2. Какие клинические проявления и осложнения язвенной болезни?
3. Какие Вы знаете предраковые состояния желудка?
4. Стеноз привратника. Клиническая картина. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Консервативное лечение. Хирургическое лечение.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

4. При стенозе выходного отдела желудка:
    1. усиливается боль в верхней половине живота
    2. появляется непереносимость жиров и молочной пищи
    3. появляется рвота и усиливается изжога
    4. появляются поносы
    5. появляется асцит и отеки нижних конечностей
5. При кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки:
    1. предшествующая боль резко усиливается
    2. боль исчезает или уменьшается
    3. появляется сухость и горький вкус во рту
    4. боль иррадиирует в спину
    5. боль иррадиирует а прекардиальную область
9. Осложнениями язвенной болезни желудка НЕ является:
    1. перфорация
    2. пенетрация
    3. стеноз привратника
    4. кровотечение
    5. синдром мальабсорбции
13. Наиболее частой гистологической формой рака желудка служит:
    1. аденокарцинома
    2. скирр
    3. солидный рак
    4. плоскоклеточный рак
    5. недифференцированный рак
15. Предраковыми формами гастрита являются все, КРОМЕ:
    1. атрофический гастрит
    2. гиперпластический гастрит
    3. полипозный гастрит

4. эрозивный гастрит
5. гастрит с кишечной метаплазией

19. Пептическую язву пищевода следует дифференцировать с:
1. изъязвленным раком
2. лейомиомой
3. саркомой
4. дивертикулом пищевода

20. Синдром приводящей петли развивается после операции:
1. резекции желудка по Бильрот I
2. резекции желудка по Бильрот II
3. селективной проксимальной ваготомии
4. СПВ и пилоропластики
5. стволовой ваготомии

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 3

Женщина 36 лет обратилась к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на ноющие, режущие боли в эпигастральной области через 1.5 часа после приема пищи, часто по ночам и натощак. Также беспокоит изжога и отрыжка кислым. В течение 5 лет, осенью, отмечает появление ноющих болей в эпигастрии. Самостоятельно принимает фосфалюгель. 4 года назад проводилась 7-дневная эрадикационная терапия. Контроль эффективности не оценивался. Из анамнеза жизни известно, что длительное время курит по 1/2 пачке в день. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 22.9 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 уд/мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Язык умеренно влажный без налета. Живот мягкий, выраженная болезненность в эпигастрии справа. Там же – положительный симптом Менделя. Ваш план обследования.

Задача № 4

Мужчина К. 35 лет обратился с жалобами на тупые боли в эпиагастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, во время сна, уменьшающиеся после приема соды и молока. Также отметил 2 раза рвоту пищей, кислым содержимым, приносящая облегчение. Считает себя больным в течении 7 лет, когда периодически стали беспокоить изжога и дискомфорт в эпигастральной области, стихающие после приема антацидов. Впоследствии боли возникали постоянно в весенне-осенний период. Настоящее ухудшение отметил последние 2 недели, когда появились вышеописанные жалобы. Возникающая рвота на высоте болей заставила обратился за медицинской помощью. Примесь крови в рвотных массах, черного дегтеобразного стула отрицает. Хронические заболевания отрицает. Курит по полпачки в день, алкоголь употребляет по праздникам. Аллергических реакций не было. Объективно: Температура тела 36,5 С. ИМТ = 25.6 кг/м2. Пульс 78 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в пилородуоденальной зоне, умеренная разлитая болезненность в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, желтого цвета, безболезненно. Стул плотный, отсутствует 2 дня. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Принципы хирургического и консервативного лечения кровоточащей язвы
2. Профилактика язвенной болезни желудка и двенадцатиперстной кишки
3. Синдром Шмидена

4. MALT-лимфома
5. Гастропарез

Тема 4. Синдром Золингера-Эллисона (гастринома)

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
7. Синдром Золингера-Эллисона. Этиология, патогенез. Особенности клиники, диагностики. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Оперативное лечение.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:
1. Множественная эндокринная неоплазия и синдром Золингера-Эллисона
2. Основные патогенетические механизмы ХГ
3. Морфологические изменения при хроническом гастрите

Тема 5. Гастрит и дуоденит острый и хронический
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Функциональная желудочная диспепсия. Определение понятия
2. Клинические варианты неязвенной диспепсии. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения.
3. Гастрит и дуоденит острый и хронический. Хронический поверхностный гастрит. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и лечение
4. Хронический атрофический гастрит. Желудочная атрофия. Этиология и патогенез. Особенности клиники, диагностики и лечения
5. Дуоденит, острый и хронический. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
6. Особенности клинической картины и лечения НПВП- индуцированных поражений пищевода и желудка?
7. Каков патогенез и исходы H. pylori инфекции?
8. Какие методы диагностики H. pylori инфекции Вы знаете и какие наиболее предпочтительные?
9. Какие принципы назначения эрадикационной терапии?
10. Какой патогенез функциональной диспепсии?
11. Какие принципы фармакокоррекции у пациентов с функциональной диспепсией?
12. Какая диагностика и профилактика гастрита?

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
10. При каких заболеваниях развивается гистамин-рефрактерная ахлоргидрия:
    1. хронический поверхностный гастрит
    2. хронический атрофический гастрит
    3. гастродуоденит
    4. язвенный стеноз привратника
    5. язвенная болезнь желудка
11. Какой продукт обладает антацидным свойством:
    1. бульон
    2. капустный сок
    3. крепкий чай
    4. творог
    5. кофе
12. Какие препараты НЕ назначаются при хроническом гастрите с повышенной секреторной функцией:
    1. но-шпа
    2. плантаглюцид

3. викалин
4. альмагель
5. лимонтар

14. Какой из перечисленных гастритов относят к болезни Менетрие?
1. интерстициальный
2. атрофический
3. полипозный
4. гигантский гипертрофический
5. атрофически-гиперпластический

16. Наиболее частой причиной гранулематозного гастрита является:
1. кампилобактерии
2. болезнь Крона
3. алиментарный фактор
4. целиакия
5. ни один из перечисленных факторов

17. Лимфоцитарный (эрозивный, «вариолоформный») гастрит наиболее часто связан с:
1. хеликобактерной инфекцией
2. целиакией
3. вирусной инфекцией
4. болезнью Крона
5. алиментарным фактором

18. Инфицирование гастродуоденальной слизистой оболочки пилорическим хеликобактером обычно сопровождается:
1. снижением секреции гастрина
2. ахлоргидрией
3. диффузной атрофией главных желез желудка
4. развитием антрального гастрита
5. недостаточностью кардии

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. MALT-лимфома
2. Helicobacter pylori и каскад Корреа
3. Морфологические формы Helicobacter pylori
4. Факторы патогенности и вирулентности Helicobacter pylori
5. Резистентность Helicobacter pylori к антимикробным препаратам

Тема 6. Клинический разбор пациента с функциональной диспепсией

Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 7. Особые формы гастритов

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Особые формы гастрита (реактивный гастрит; лимфоцитарный гастрит; эозинофильный гастрит)
2. Особые формы гастрита (гипертрофический гастрит; гранулематозный гастрит)

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Эозинофильный гастроэнтерит
2. Болезнь Менетрие
3. Гранулематозный гастрит

Тема 8. Дивертикулы желудка и двенадцатиперстной кишки
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Дивертикулы желудка. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
2. Дивертикулы двенадцатиперстной кишки. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.

Тема 9. Болезни оперированного желудка
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Постгастрорезекционные расстройства. Демпинг-синдром. Клиника. Диагностика. Лечение.
2. Болезни оперированного желудка. Синдром приводящей петли. Гипогликемический синдром. Постгастрорезекционная дистрофия. Пептическая язва анастомоза. Клиника. Диагностика. Лечение.

Тема 10. Клинический разбор пациента с пострезекционными расстройствами
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 11. Клинический разбор пациента гастритом
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Раздел 3. Заболевания тонкой и толстой кишки

Пояснение: Для раздела первоначально составлен нумерованный список тестовых заданий, из которого для каждой темы выбраны соответствующие тестовые задания.

Тема 1. Строение и функции тонкой и толстой кишки. Методы исследования тонкой и толстой кишки
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Анатомия тонкой и толстой кишки
2. Физиология тонкой и толстой кишки
3. Методы диагностики заболеваний тонкой и толстой кишки

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Тонкая кишка: анатомия и физиология, методы диагностики заболеваний
2. Толстая кишка: анатомия и физиология, методы диагностики заболеваний

Тема 2. Синдром мальабсорбции и мальдигестии
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Дифференциальная диагностика синдрома мальабсорбции
2. Синдром мальабсорбции и мальдигестии. Непереносимость углеводов. Этиология.
3. Каковы клинические проявления и подходы к лечению инфаркта кишечника?
4. Какие Вам известны клинические варианты и критерии диагностики синдрома раздраженного кишечника?
5. Каковы подходы к диагностике и лечению псевдомембранозного колита?
6. Какие Вам известны методы лечения и профилактики колоректального рака?
7. Какие клинические проявления дивертикулярной болезни Вам известны?

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
8. К механизмам нарушения всасывания относятся:
1. уменьшение общей всасывательной поверхности

2. ускорение моторной функции
3. нарушение мезентериального кровотока
4. структурные изменения слизистой оболочки
5. уменьшение общей всасывательной поверхности; ускорение моторной функции; нарушение мезентериального кровотока; структурные изменения слизистой оболочки

18. Клинические признаки синдрома мальабсорбции:
    1. диарея
    2. истощение
    3. анемия
    4. боли в костях, патологические переломы
    5. диарея; истощение; анемия; боли в костях, патологические переломы

20. Для энтерального копрологического синдрома особенно характерно наличие:
    1. слизи
    2. нейтрального жира
    3. крови
    4. йодофильной флоры
    5. лейкоцитов
21. Дефицит массы тела характерен для:
    1. хронического энтерита
    2. хронического колита
22. Какие изменения в копрограмме не типичны для хронического энтерита?
    1. полифекалия
    2. консистенция жидкая или полужидкая
    3. цвет соломенно-желтый, золотистый, зеленовато-коричневый
    4. стеаторея
    5. прожилки крови

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Задача № 1
Пациентка, 20 лет. Жалобы на: ноющие боли в околопупочной области, вздутие живота после еды, обильный кашицеобразный стул до 3-5 раз в сутки, снижение массы тел на 5 кг за год. Считает себя больной с детства, когда появилась периодическая ноющая боль в околопупочной области живота, обильный жидкий стул до 2-3 раз в сутки, усиливающаяся после приема в пищу хлебобулочных, макаронных изделий. Последнее время отмечает ухудшение состояния, усиление боли в животе, учащения стула до 5-6 раз. В детстве болела рахитом, отставала в физическом развитии. Состояние средней степени тяжести. Индекс массы тела 17,2 кг/м^2, кожные покровы бледные, голени отечные. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в околопупочной области. Какой инструментальный метод исследования необходим для верификации диагноза?

Задача № 2
Пациент, 56 лет. Жалобы: учащение стула до 6-8 раз в сутки без патологических примесей. Считает себя больным более 5 лет, когда впервые появилась общая слабость, лихорадка до 38,4°С, потеря аппетита, головокружение, артралгии коленных, голеностопных, лучезапястных суставов, которые носили приступообразный, летучий характер. Рецидивы боли по 3-4 раза в неделю, особенно в холодную сырую погоду. Иногда пораженные суставы были болезненными и припухшими. Пациент обследован ревматологом и онкологом. Был поставлен диагноз палиндромного ревматизма. Получал нимесулид с хорошим эффектом. Спустя 4 года присоединилась диарея. За последние 3 месяца похудел на 18 кг. Состояние средней степени тяжести. Индекс массы тела 17,3 кг/м2. Температура тела 38,5 °С.

Пальпируются подмышечные шейные, паховые лимфоузлы размером не более 5 мм, подвижные, безболезненные, эластичной консистенции. Суставы визуально не изменены, движения в полном объеме. Живот вздут, симметричный. При пальпации определяется локальная мышечная защита и болезненностью в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличена. По данным гастроскопии выявлены недостаточность кардии, очаговый гастрит. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные изменения печени, мочекаменная болезнь. Наиболее вероятный диагноз? Обоснование?

Тема 3. Клинический разбор пациента с кишечной диспепсией
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 4. Дифференциальный диагноз при диарее
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Как проводится дифференциальная диагностика органических и функциональных заболеваний кишечника?
2. Какой алгоритм диагностики при диарее?
3. Какие схемы терапии используют при антибиотик-ассоциированной диарее?
4. Какие препараты используют для лечения синдрома раздраженного кишечника?
5. Какие принципы диагностики и лечения целиакии?
6. Какие виды гельминтозов и протозойных инвазий Вам известны?
7. Какова эпидемиология и факторы риска колоректального рака?
8. Какие методы лечения и профилактики антибиотик-ассоциированной диареи?

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

3. Критерии, исключающие диагноз СРК:
    1. наличие ночной симптоматики
    2. наличие анемии
    3. прогрессирующее похудание
    4. наличие ночной симптоматики; наличие анемии; прогрессирующее похудание

5. Что характерно для язвенного колита из перечисленных изменений в периферической крови?
    1. замедление СОЭп
    2. эритроцитоз, ретикулоцитоз
    3. ускорение СОЭ
    4. гипертромбоцитоз
    5. лйкопения

9. Клинические признаки колитического синдрома все, КРОМЕ:
    1.частый, до 10 раз в сутки стул
    2.тенезмы
    3.скудный стул, со слизью и кровью
    4. обильный стул
    5. схваткообразные боли в нижне-боковых отделах живота

11. Поддерживающая терапия целиакии включает в себя:
    1. аглютеновую диету
    2. ферменты
    3. витамины
    4. в тяжелых случаях - малые дозы глюкокортикоидов
    5. аглютеновую диету; ферменты; витамины; в тяжелых случаях - малые дозы глюкокортикоидов

15.В каком случае уменьшается диаметр кишки обычно в сочетании с плотной консистенцией и болезненностью:

1.спайки между кишкой и задней брюшной стенкой вследствие перенесенного воспаления или опухоли

2.спазм гладкой мускулатуры кишки

3.большое количество газов в кишке

4.переполнение кишки жидким содержимым

5.воспалительный процесс в кишке, особенно в серозной оболочке

16. Какой признак НЕ ХАРАКТЕРЕН для язвенного колита:

1. боли
2. поносы
3. запоры
4. наличие крови в кале
5. рвота

17. Целиакия характеризуется непереносимостью:

1. пшеницы
2. риса
3. гречи
4. овса
5. пшеницы и овса

19. Целиакии наиболее часто сопутствует кожное заболевание:

1. псориаз
2. герпетиформный дерматит
3. атопический дерматит
4. пемфигоид
5. пузырчатка

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 3

Пациентка, 43 лет, на осмотре у врача. 3 месяца назад по поводу острого пиелонефрита больная получала антибиотики широкого спектра действия, достигнута ремиссия. Однако спустя примерно месяц появились метеоризм, дискомфорт в мезогастрии, неустойчивый стул до 3-4 раз в сутки. Постепенно неустойчивый стул трансформировался в диарею, частота которой спонтанно варьировала от 5- 6 до 10-12 раз в сутки. Понос сопровождался ложными и императивными позывами, отделением слизи. Около недели назад присоединилась субфебрильная лихорадка. Больная госпитализирована в стационар. Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,8 °С. Живот вздут. При пальпации определяется локальная болезненность и мышечная защита в мезогастрии и левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Наиболее вероятный диагноз? Какой инструментальный метод нужен для его подтверждения?

Задача № 4

Женщина, 30 лет, на приеме участкового врача терапевта жалуется на “выкручивающие” боли в животе, чаще в левой подвздошной области, возникающие на фоне стрессовых и конфликтных ситуаций, обычно во 2 половине дня, уменьшающиеся или исчезающие после дефекации; на тянущие боли, дискомфорт в животе без определённой локализации, возникающие обычно после обеда, сопровождающиеся вздутием живота и проходящие после отхождения газов или приема сорбентов; на головные боли, возникающие во 2 половине дня. С 27 лет на фоне конфликтных ситуаций на работе появились послабления стула и учащение дефекации до 3-4 раз в день. Клинически значимых отклонений при объективном обследовании не выявлено. Лабораторные исследования и колоноскопия отклонений от нормы не показали. Какой диагноз Вы сформулируете? Какие группы препаратов

необходимы назначить?

Тема 5. Клинический разбор пациента с дисбактериозом кишечника
Практические навыки проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 6. Дифференциальный диагноз при запоре
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Какая дифференциальная диагностика при запорах?

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
2. Запоры характерны для:
    1. хронического гастрита со сниженной секреторной функцией
    2. болезни оперированного желудка
    3. хронического энтерита
    4. спру
    5. болезни Уиппла
    6. язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

4.Симптоматический запор встречается:
    1. при язвенной болезни
    2. при дивертикулезе толстой кишки
    3. при гипотиреозе
    4. при всех вышеперечисленных состояниях

6. В клинику поступил больной 62 лет с жалобами на выделение крови из ануса, сильное похудание, периодические запоры. Какой метод исследования можно применить для уточнения диагноза в первую очередь?
    1. ирригоскопия
    2. ректороманоскопия
    3. колоноскопия
    4. пальцевое исследование прямой кишки
    5. антеградный пассаж бария по кишечнику

12. При дивертикулезе толстой кишки встречаются следующие осложнения
    1. перфорация
    2. кровотечение
    3. дивертикулит
    4. тромбозы
    5. перфорация, кровотечение и дивертикулит

13. Какой из клинических признаков наиболее часто сочетается с раком слепой кишки?
    1. кишечный дискомфорт
    2. кишечная непроходимость
    3. наличие пальпируемой опухоли
    4. анемия
    5. субфебрилитет

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Задача № 5
Больная, 57 лет, обратилась в поликлинику. Жалобы на: боли в левой подвздошной области тянущего характера, склонность к запорам (стул через 1-2 дня). Подобные боли периодически беспокоят последний год, как правило, в связи с задержкой стула. Поводом для обращения стал остро возникший накануне кратковременный приступ боли в животе с метеоризмом после употребления порции винегрета. Анамнез жизни без особенностей. Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Язык влажный. Живот мягкий. Болезненный

при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень по краю рёберной дуги, пальпируемых образований в брюшной полости не определяется. При колоноскопии выявлены дивертикулы нисходящей и сигмовидной кишки без признаков дивертикулита. Какая группа слабительных предпочтительна для назначения таким пациентам? Какие антибактериальные средства назначают для курсовой терапии при дивертикулярной болезни?

Задача № 6

У больной 40 лет, страдающей дивертикулезом ободочной кишки, возникли боли в левой подвздошной области, поднялась температура до 39°С, отмечалась задержка газов и стула. За медицинской помощью обратилась через 3 суток. При осмотре: в левой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование без четких границ, плотное, болезненное, малоподвижное; в анализе крови - лейкоцитоз. При УЗИ: тень неоднородная по строению, с высокой акустической плотностью, в центре которой гомогенная тень с ровными контурами. Ваш диагноз?

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Дивертикулярная болезнь кишечника. Осложнения
2. Долихосигма. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития.
3. Болезнь Гиршпрунга

Тема 7. Клинический разбор пациента с синдромом мальабсорбции

Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 8. Дифференциальный диагноз при метеоризме

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

26. Метеоризм. Дифференциальный диагноз и лечение.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Глютеновая энтеропатия
2. Острые и хронические сосудистые заболевания кишки. Инфаркт кишечника. Мезентериальный тромбоз. Эмболия.
3. Хронический ишемический энтерит. Ишемическая стриктура кишечника. Мезентериальный атеросклероз и сосудистая недостаточность.
4. Псевдомембранозный колит.
5. Синдром раздраженного кишечника.

Тема 9. Синдром избыточного бактериального роста и дисбактериоз

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Какие существуют способы диагностики нарушений микробиоты и какие виды пробиотиков существуют?

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Синдром избыточного бактериального роста и дисбактериоз. Этиопатогенез. Классификации.
2. Синдром избыточного бактериального роста и дисбактериоз. Клинические синдромы. Принципы диагностики, лечения и профилактики.

Тема 10. Воспалительные заболевания кишечника

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Как проводится дифференциальная диагностика язвенного колита и болезни Крона?
2. Какие осложнения характерны для болезни Крона и язвенного колита?
3. Какими бывают внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника?
4. Какие Вам известны внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника?

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Наиболее ранним и постоянным признаком болезни Крона является:
    1. боль в животе
    2. лихорадка
    3. примесь крови в кале
    4. диарея
    5. примесь гноя в кале

5. Что характерно для язвенного колита из перечисленных изменений в периферической крови?
    1. замедление СОЭ
    2. эритроцитоз, ретикулоцитоз
    3. ускорение СОЭ
    4. гипертромбоцитоз
    5. лейкопения

7. Какое воспаление по гистологическим данным при болезни Крона:
    1. поверхностное воспаление, сплошное, с криптами и абсцессами
    2. трансмуральное, с наличием гранулем, ассиметричное, прерывистое
    3. хроническое неспецифическое воспаление
    4. эозинофильное воспаление

10. Какая часть кишки чаще всего поражается при НЯК, с которой, как правило, начинается воспаление:
    1. подвздошная
    2. прямая
    3. сигмовидная
    4. поперечно-ободочная
    5. слепая

14. Эндоскопическими критериями поражения толстой кишки при неспецифическом язвенном колите НЕ являются:
    1. гиперемия и отёк слизистой оболочки
    2. контактная ранимость и кровоточивость
    3. поверхностные дефекты слизистой оболочки
    4. глубокие щелевидные язвы
    5. поверхностное сплошное воспаление

16. Какой признак НЕ ХАРАКТЕРЕН для язвенного колита:
    1. боли
    2. поносы
    3. запоры
    4. наличие крови в кале
    5. рвота

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 7

У больного 55 лет появился частый стул - до 20-30 раз в сутки, с примесью крови и слизи,

температура 38,0°С, боли в левой подвздошной области, которые усиливаются при позывах к дефекации. Бактериологическое исследование кала: патогенной флоры, простейших, яиц гельминтов не выявлено. Ректороманоскопия - слизистая оболочка резко гиперемирована, отечная, имеются поверхностные, разных размеров кровоточащие язвы. При рентгенографии: складки слизистой оболочки утолщены, умеренное диффузное расширение кишки, циркулярные спастические сокращения. Ваш диагноз?

Задача № 8

Пациентка, 34 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога. Жалобы на боль в нижних отделах живота, спастического характера, усиливающуюся через полтора часа после еды, в том числе ночью, уменьшающуюся после акта дефекации; вздутие живота; полуоформленный стул 2 раза в день с примесью крови; общую слабость; периодически возникающую боль в коленных суставов. Два года назад впервые появилась ноющая боль в животе, кашицеобразный стул. Самостоятельно принимала спазмолитики, НПВС без значимого эффекта. Обратилась к врачу, когда появилась кровь в стуле. Нормостеник, температура 36,5°С. Живот мягкий, умеренно вздут при пальпации, болезненный в правой и левой подвздошной областях. Колоноскопия: баугиниева заслонка зияет, в куполе слепой кишки множественные до 0,5 см щелевидные язвы, в восходящей ободочной кишке множественные язвы неправильной формы, покрытые фибрином, полиповидные образования. В нисходящей кишке множественные глубокие язвы, чередующиеся с неповрежденной слизистой. Морфологическое исследование: полиповидное фрагменты гиперплазии слизистой толстой кишки с выраженной клеточной инфильтрацией собственного слоя, изъявлениями. Диагноз?

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Болезнь Крона. Современная терапия.
2. Язвенный колит. Современная терапия.
3. Заболевания прямой кишки и ануса. Проктит. Проктосигмоидит.
4. Заболевания прямой кишки и ануса. Геморрой. Трещины анального канала.

Тема 11. Клинический разбор пациента с болезнью Крона

Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 12. Болезнь Уиппла

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Каковы клинические проявления болезни Уиппла?

Тема 13. Карциноидный синдром

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Карциноидный синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы.
2. Карциноидный синдром. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

Тема 14. Клинический разбор пациента с язвенным колитом

Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 15. Клинический разбор пациента с СРК

Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 16. Радиационный, токсический, аллергический колит

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Радиационный, токсический, аллергический колит. Этиология. Патогенез. Классификация. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:

2. Радиационный колит
3. Токсический колит
4. Аллергический колит

Тема 17. Заболевания прямой кишки и ануса.
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Заболевания прямой кишки и ануса. Проктит. Проктосигмоидит.
2. Заболевания прямой кишки и ануса. Геморрой. Трещины анального канала.

Тема 18. Клинический разбор пациента с дивертикулярной болезнью
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Раздел 4. Заболевания печени и билиарного тракта

Пояснение: Для раздела составлен нумерованный список тестовых заданий, из которого для каждой темы выбраны соответствующие тестовые задания.

Тема 1. Строение и функции печени и желчевыводящих путей. Методы диагностики заболеваний печени и гепатобилиарной системы
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Основные лабораторные синдромы при заболеваниях печени.
2. Иммунологическая панель печени.
3. Инструментальные методы исследования печени (диагностические возможности метода, показания, противопоказания, подготовка больных, ведение больных после исследования)
4. Радионуклидные методы.
5. Рентгенологическое исследование печени.
6. Эхография.
7. Компъюторная томография.
8. Пункционная биопсия.
9. Лапароскопия.
10. Оценка лабораторных показателей при синдроме цитолиза, холестаза, иммуно-воспалительном синдроме, синдроме печеночно-клеточной недостаточности
11. Дифференциальный диагноз при основных лабораторных синдромах, сопровождающих течение заболеваний печени

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Билирубинурия встречается при:
    1) гемолитической желтухе
    2) обтурационной желтухе
    3) паренхиматозной желтухе
    4) острой почечной недостаточности

5) опухоли почки

11. Основные клинические симптомы, встречающиеся при заболеваниях желчевыводящих путей все, кроме:

1) болевой
2) диспептический
3) астено-вегетативный
4) дисфагический
5) холестатический

32. Лабораторные критерии синдрома холестаза:

1) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, АСТ, АЛТ.
2) Повышение уровней общего и непрямого билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы.
3) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, ЛДГ.
4) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, КФК.
5) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Аномалии развития печени.
2. Патофизиология печени.
3. Физикальное исследование печени, основные пальпаторные симптомы.

Тема 2. Дифференциальный диагноз при гепатомегалии, гепатоспленомегалии

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Основные заболевания, протекающие с гепатомегалией и спленомегалией.
2. Особенности клинических проявлений гепатоспленомегалии.
3. Понятие гиперспленизма
4. Лабораторная и инструментальная диагностика заболеваний, протекающих с гепатомегалией и спленомегалией.
5. Дифференциальная диагностика заболеваний, протекающих с гепатомегалией и спленомегалией.
6. Тактика ведения пациента с гепатомегалией и спленомегалией.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Патофизиология селезенки.
2. Инфекционные заболевания, протекающие с гепатомегалией и спленомегалией.
3. Основные лабораторные синдромы, сопровождающие спленомегалию и гипеспленизм.

Тема 3. Клинический разбор пациента с гепатомегалией

Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 4. Острый вирусный гепатит (A, B, дельта, C, D, E). Хронические вирусные гепатиты (B, C, D)

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Эпидемиология вирусных гепатитов.
2. Этиология вирусных гепатитов.
3. Патогенез острых и хронических гепатитов.
4. Лабораторная диагностика вирусных гепатитов.
5. Тактика ведения пациента, современная противовирусная терапия вирусных гепатитов.
6. Последствия и прогноз вирусных гепатитов.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

36. Выберите наиболее частую этиологию хронических гепатитов.
    1) Аутоиммунная.
    2) Лекарственная.
    3) Вирусная.
    4) Обменная.

37. «Золотым стандартом» диагностики хронических вирусных гепатитов является выявление…
    1) Признаков хронического воспаления ткани печени по данным биопсии.
    2) Сывороточных маркеров вирусов гепатита B, C, D.
    3) Диффузных изменений печени на ультразвуковом исследовании.
    4) Фиброза печени по данным фиброэластометрии.

39. Укажите сывороточный критерий репликации вируса гепатита В.
    1) Анти-HCV-антитела.
    2) ДНК вируса гепатита В < 103 МЕ/мл.
    3) Анти-HBe-антитела.
    4) HbeAg.

41. Назовите класс препаратов, являющийся основой современной терапии вирусного гепатита С.
    1) Ингибиторы обратной транскриптазы.
    2) Противовирусные препараты прямого действия.
    3) Стероидные противовоспалительные препараты.
    4) Ингибиторы бета-лактамаз.

45. Выберите препарат первой линии для лечения вирусного гепатита В.
    1) Софосбувир.
    2) Преднизолон.
    3) Адеметионин.
    4) Пэгинтерферон.

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 1

Пациент Д., 39 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, раздражительность, пожелтение склер, общее недомогание, изжогу. Из анамнеза: работает IT-специалистом, употребление алкоголя отрицает. Полгода назад побывал в туристической поездке в одной из стран Юго-Восточной Азии, где вступал в беспорядочные половые связи с местными жителями. После возвращения отметил постепенное нарастание слабости, раздражительности. За 2 дня до госпитализации отметил появление слабого желтого окрашивания склер.

При осмотре: состояние средней тяжести, больной нормального телосложения и питания, отмечается желтушность склер. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный приглубокой пальпации в правом подреберье, край печени закруглен, выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.

В общем анализе крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты 6,1 х 109/л, СОЭ 26 мм/ч. В

биохимическом анализе крови: общий белок 78 г/л, альбумин 49 г/л, общий билирубин 40 мкмоль/л, АЛТ 95 МЕ/л, АСТ 49 МЕ/л. Выявлены анти-HCV-антитела. HBsAg, RW, ВИЧ отрицательны. По данным УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, увеличение печени, диаметр v. portae 0,8 см, свободной жидкости в брюшной полости нет.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы для презентаций:

1. Современная противовирусная терапия вирусного гепатита С.
2. Современная противовирусная терапия вирусного гепатита В.
3. Экстренная противовирусная профилактика в отношении вирусных гепатитов в клинической практике.

Тема 5. Лекарственные поражения печени
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Физиологическая роль печени в метаболизме лекарств.
2. Нарушение фармакокинетики лекарств при болезнях печени.
3. Гепатотоксичность лекарств. Механизмы лекарственного поражения печени.
4. Клинические и лабораторные проявления лекарственных поражений печени.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы для презентаций:

1. Идиосинкразия при лекарственных поражениях печени.
2. Обзор основных гепатотоксичных препаратов в терапевтической практике.
3. Подходы к ведению пациента в случае лекарственного поражения печени.

Тема 6. Алкогольная болезнь печени
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Метаболизм этанола в печени.
2. Системные проявления воздействия алкоголя на печень и другие органы.
3. Клинико-морфологические варианты алкогольной болезни печени.
4. Алкогольное жировое перерождение печени.
5. Алкогольный гепатит.
6. Алкогольный фиброз и склероз печени.
7. Алкогольный цирроз печени.
8. Алкогольная печеночная недостаточность.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
38. Наиболее чувствительным и специфичным сывороточным маркером хронического употребления алкоголя является…

1) Углеводдефицитный трансферрин.
2) Средний объем эритроцита.
3) Уровень АСТ.
4) Уровень гамма-глутамилтранспептидазы.

42. Выберите правильное утверждение, характеризующее алкогольный стеатогепатит.

1) Представляет собой необратимую стадию алкогольной болезни печени.

2) Протекает бессимптомно и является случайной находкой.

3) Характеризуется нарушением архитектоники печени по данным гистологического исследования.

4) Развивается у 1 из 5 алкоголиков.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы для презентаций:

1. Алкоголизм как медико-социальная проблема.
2. Особенности психологического статуса пациента с алкоголизмом, влияние на приверженность лечению.
3. Методы лечения алкоголизма.

Тема 7. Неалкогольная жировая болезнь печени (НЖБП)

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Этиология НЖБП
2. Патогенез НЖБП.
3. Классификация НЖБП.
4. Понятие метаболического синдрома и его взаимосвязь с поражением печени.
5. Дифференциальная диагностика НЖБП.
6. Принципы терапии и профилактики НЖБП.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы для презентаций:

1. НЖБП как кластер метаболического синдрома.
2. Патоморфология стеатогепатита и стеатоза печени.
3. Основные лабораторные синдромы при НЖБП

Тема 8. Аутоиммунные заболевания печени

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Аутоимунный гепатит. Распространенность, диагностика, тактика ведения пациента.
2. Первичный билиарный цирроз.
3. Первичный склерозирующий холангит.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

40. Укажите препараты, применяемые в качестве стандартной терапии первой линии при аутоиммунном гепатите.

1) Будесонид и азатиоприн.

2) Микофенолата мофетил и такролимус.

3) Преднизолон и азатиоприн.

4) Циклоспорин и такролимус.

43. При выявлении антител к микросомам печени и почек 1-го типа (анти-LKM) ставится диагноз…

1). Аутоиммунного гепатита 2-го типа.

2). Алкогольного стеатогепатита.

3) Хронического вирусного гепатита В.

4) Лекарственного гепатита.

44. Генетически детерминированную индивидуальную непереносимость препарата, лежащую в основе многих лекарственных гепатитов, называют…

1) Токсическим действием.

2) Идиосинкразией.
3) Гиперчувствительностью немедленного типа.
4) Аллергией.

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Задача № 2
Пациентка В., 39 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на уменьшение аппетита, слабость, общее недомогание, снижение веса, пожелтение склер.
Из анамнеза: работает менеджером в крупной компании, ведет здоровый образ жизни, употребление алкоголя отрицает. Месяц назад во время профилактического осмотра в частной клинике отмечалось повышение уровней АЛТ (100 МЕ/л) и АСТ (120 МЕ/л). Поставлен диагноз «неалкогольная жировая болезнь печени», даны рекомендации по изменению образа жизни, назначена витаминотерапия. Исследование анализов в динамике не проводилось. При более подробном опросе выяснилось, что за месяц до визита в частную клинику по совету друзей начала принимать некое «средство китайской народной медицины» с «общеукрепляющим» эффектом. Через неделю прием прекратила, поскольку обратила внимание на бессонницу и повышенную нервозность. В течение последующего месяца постепенно начала прогрессировать слабость, начала снижаться масса тела (на 3 кг), отмечалось общее недомогание, в последние 3 дня отметила желтушное окрашивание склер.
При осмотре: состояние средней тяжести, больная нормального телосложения и питания, отмечается желтушность склер и слизистых. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье, край печени закруглен, выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.
Проведены лабораторные исследования. В общем анализе крови гемоглобин 110 г/л, лейкоциты 7,8 109/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 52 мм/ч. В биохимическом анализе крови общий белок 62 г/л, альбумин 42 г/л,
общий билирубин 44 мкмоль/л, АЛТ 140 МЕ/л, АСТ 180 МЕ/л, IgG 22,5 г/л (при норме 5–16 г/л). Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, анти-HCV-антитела) не выявлены, RW, ВИЧ отрицательны. Титр антинуклеарного фактора 1:320 (при норме менее 1:160).
На УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, диаметр v. portae 0,9 см, свободной жидкости в брюшной полости нет.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы для презентаций:

1. Особенности сочетанной патологии при первичном склерозирующем холангите.
2. Современные подходы к иммуносупрессивной терапии при аутоиммунном гепатите.
3. Особенности применения иммунологической панели при аутоиммунном гепатите.

Тема 9. Клинический разбор пациента с НЖБП
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 10. Наследственные заболевания печени (болезни накопления)
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Клинические и диагностические особенности гемохроматоза.
2. Клинические и диагностические особенности гепатолентикулярной дегенерации.
3. Клинические и диагностические особенности порфирий.
4. Клинические и диагностические особенности амилоидоза печени.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

2. Болезнь Жильбера сопровождается следующими нарушениями лабораторных показателей
   1) гипербилирубинемия за счет конъюгированного билирубина
   2) гипербилирубинемия за счет неконъюгированного билирубина
   3) гиперуробилинурия
   4) повышение сывороточных аминотрансфераз
   5) повышение щелочной фосфатазы

9. В диагностике синдрома Жильбера основное значение имеет:
   1) гепатомегалия
   2) нарушение функциональных проб печени
   3) стойкая гипербилирубинемия
   4) спленомегалия
   5) астенический синдром

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы для презентаций:
1. Ранние признаки синдрома Жильбера.
2. Клинические особенности порфирий.
3. Характеристика заболеваний, сопровождающихся амилоидозом печени и внутренних органов.

Тема 11. Болезни сосудов печени

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Тромбоз воротной вены: клиника, диагностика, лечение.
2. Тромбофлебит воротной вены: клиника, диагностика, лечение.
3. Болезнь и синдром Бадда-Киари: клиника, диагностика, лечение.
4. Синдром Крювелье-Баумгартена: клиника, диагностика, лечение.

Тема 12. Клинический разбор пациента с аутоиммунным гепатитом

Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 13. Доброкачественные опухоли печени

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Кисты печени: клиника, диагностика, лечение.
2. Гемангиомы печени: клиника, диагностика, лечение.
3. Редкие новообразования печени: клиника, диагностика, лечение.
4. Тактика ведения пациента с доброкачественными опухолями печени: клиника, диагностика, лечение.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы для презентаций:
1. Особенности клинического течения больших кист печени.
2. Дифференциальная диагностика доброкачественных новообразований печении: использование визуализирующих методов.

3. Клиническая характеристика гемангиом печени, показания к оперативному лечению.

Тема 14. Печеночная недостаточность.
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Кома и печеночная энцефалопатия.
2. Острый фульминантный гепатит.
3. Тактика ведения пациента при печеночной недостаточности.

Тема 15. Портальная гипертензия
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Клинические проявления синдрома портальной гипертензии.
2. Инструментальная диагностика синдрома портальной гипертензии.
3. Принципы лечения заболеваний, сопровождающихся синдромом портальной гипертензии.
4. Осложнения портальной гипертензии.

Тема 16. Клинический разбор пациента с циррозом печени
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента
Тема 17. Синдром холестаза. Дифференциальная диагностика желтух. Доброкачественные гипербилирубинемии
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Клиническая характеристика холестатических заболеваний печени.
2. Виды холестаза.
3. Дифференциальная диагностика желтух (подпеченочная, печеночная, надпеченочная).
4. Доброкачественные гипербилирубинемии, клиническая характеристика.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы для презентаций:
1. Клиническая характеристика надпеченочных желтух.
2. Клиническая характеристика печеночных желтух.
3. Клиническая характеристика печеночных желтух.

Тема 18. Фиброз и цирроз печени. Трансплантация печени
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Классификация фиброза и цирроза печени.
2. Морфологическая характеристика фиброза и цирроза печени.
3. Клиническая картина фиброза и цирроза печени.
4. Течение фиброза и цирроза печени.
5. Осложнения фиброза и цирроза печени.
6. Диагностика, дифференциальный диагноз фиброза и цирроза печени
7. Принципы отбора больных для трансплантации печени. Показания, противопоказания, результаты.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
17. При начальной стадии фиброза печени может выявляться следующий синдром:
1) Портальная гипертензия
2) Геморрагический синдром
3) Астеновегетативный синдром
4) Лихорадка
5) Печеночно-клеточная недостаточность

18. Наиболее оптимальным неинвазивным методом инструментальной диагностики фиброза печени является:

1) УЗИ печени
2) Биопсия печени
3) Сцнтиграфия печени
4) Геогепатография
5) УЗИ-эластография печени

23. При гиперфункциональной дискинезии желчевыводящих путей используют следующие лекарственные препараты:

1) холеретики
2) холекинетики
3) миотропные спазмолитики
4) антибиотики
5) препараты уродеоксихолевой кислоты

24. Симптомы, характерные для печеночной комы при циррозе печени:

1) уменьшение размеров печени
2) “синдром лакированных губ”
3) желтуха
4) геморрагии

5) лихорадка

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 3

Больная Р., 42 лет, жалуется на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение живота в размерах, чувство тяжести в правом подреберье, выраженную слабость, утомляемость, снижение трудоспособности. Физиологические отправления в норме. Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появились слабость и зуд кистей и стоп в ночное время, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. Постепенно присоединилась тяжесть в правом подреберье, увеличился живот, усилилась слабость, зуд стал более интенсивным и распространенным. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния обратилась в поликлинику по месту жительства. Участковым врачом направлена на госпитализацию для обследования и подбора терапии.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: бухгалтер, профессиональные вредности отрицает.

Диету соблюдает. Вредные привычки отрицает.

Наследственность: у матери – ИБС, у отца - ХОБЛ.

Туберкулез, вирусные гепатиты отрицает.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, сухие, на спине, животе, предплечьях и голенях следы расчесов. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 78 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 78 в мин. Язык влажный, у корня обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной

формы, равномерно увеличен, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации положительный. При перкуссии над всеми отделами тупой звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пропальпировать отделы толстого кишечника не удается, область пальпации безболезненна. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень пальпируется на 3см ниже реберной дуги по средне-ключичной линии, при пальпации умеренно болезненна, плотная, край острый, размеры по Курлову 12 х 10 х 9 см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4 см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Вопрос:

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.План лечения?

Тема 19. Заболевания желчного пузыря и желчевыводящих путей

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Методы исследования желчного пузыря и желчевыводящих путей.
2. Клиническая картина основной патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей.
3. Диагностика и дифференциальная диагностика заболеваний желчного пузыря и желчевыводящих путей.
4. Тактика ведения пациентов с заболеванями желчного пузыря и желчевыводящих путей.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы для презентаций:

1. Дифференциальная диагностика органической и функциональной патологии желчного пузыря и желчевыводящих путей.
2. Особенности применения ЭРХПГ в клинической практике.
3. Показания для хирургического лечения заболеваний печени и желчевыводящих путей

Тема 20. Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Этиология и патогенез функциональных расстройств сфинктера Одди: клиническая картина, диагностика, медикаментозная терапия, профилактика.
2. Постхолецистэктомический синдром: причины развития, патогенез, клинические проявления, диагностика, подходы к медикаментозной терапии.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

7. В чем заключается основной принцип регуляции тонуса сфинктера Одди:

1) сокращение сфинктера в ответ на повышение давления в желчном пузыре

2) сокращение сфинктера в ответ на снижение давления в желчном пузыре

3) расслабление сфинктера в ответ на повышение давления в желчном пузыре

4) расслабление сфинктера в ответ на снижение давления в желчном пузыре

15. Выберите основную причину дисфункции сфинктера Одди:

1) нарушение функции вегетативной нервной системы

2) операции на желудке

3) снижение выработки мотилина

4) холецистэктомия
5) злоупотребление алкоголем
19. Укажите ключевой диагностический признак спазма панкреатической части сфинктера Одди:
1) билиарная боль
2) задокументированные приступы острого панкреатита в анамнезе
3) наличие образования в головке поджелудочной железы
4) наличие билиарного сладжа
5) наличие ЖКБ
34. Холеретики — это:
1) Средства, назначаемые при воспалительном процессе в желчном пузыре.
2) Средства, стимулирующие всасывание холестерина в кишечнике.
3) Средства, усиливающие сокращение желчного пузыря.
4) Средства, стимулирующие образование желчи.
5) Средства, назначаемые при повышенной литогенности желчи.
35. Холекинетики — это:
1) Средства, назначаемые при воспалительном процессе в желчном пузыре.
2) Средства, стимулирующие всасывание холестерина в кишечнике.
3) Средства, усиливающие сокращение желчного пузыря.
4) Средства, стимулирующие образование желчи.
5) Средства, назначаемые при повышенной литогенности желчи.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы для презентаций:

1. Современные представления о патогенезе функциональных заболеваний билиарного тракта
2. Клиническая характеристика билиарной боли, дифференциальная диагностика.
3. Постхолецистэктомический синдром как медико-социальная проблема.

Тема 21. Клинический разбор пациента с функциональным билиарным расстройством
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 22. Желчнокаменная болезнь. Острый и хронический холецистит
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Клиническая характеристика ЖКБ.
2. Диагностика и дифференциальная диагностика ЖКБ и билиарного слажда.
3. Принципы консервативного и хирургического лечения ЖКБ.
4. Клиническая характеристика острого холецистита, особенности хирургической тактики.
5. Хронический калькулезный и некалькулезный холецистит: тактика ведения пациента.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
3. Какие из нижеперечисленных исследований являются наиболее информативными в диагностике желчнокаменной болезни?
1) радионуклидное исследование
2) термография
3) лапароскопия
4) ультразвуковая эхолокация
5) гепатосцинтиграфия
4. Подпеченочная желтуха характеризуется:

1) гиперуробилинурией
2) нарастанием сывороточных аминтрансфераз
3) увеличением гамма-глобулинов
4) повышением показателей тимоловой пробы
5) гипербилирубинемией

5. Симптом Ортнера-Грекова характерен для:
1) жировой инфильтрации печени
2) обострения калькулезного холецистита
3) лямблиоза
4) гипотонии сфинктера Одди
5) нарушения холесекрегорной функции печени

6. В патогенезе холецистита наиболее существенную роль играют:
1) хронический гепатит
2) снижение холатообразовательной функции печени
3) инфекционный процесс в желчных путях
4) гиперкинетическая дискинезия желчного пузыря
5) гипертония сфинктера Одди

8. В клинической картине постхолецистэктомического синдрома наиболее часто отмечается:
1) астеноневротический синдром
2) гипертензивный синдром
3) диспептический синдром
4) синдром мальабсорбции
5) демпинг-синдром

10. При хроническом холецистите ведущим синдромом в клинике является:
1) астеноневротический
2) желтухи
3) гепатолиенальный
4) лихорадочный
5) болевой

12. Симптом Кера определяется как:
1) болезненность при поколачивании по правой реберной дуге
2) болезненность при глубокой пальпации области желчного пузыря
3) болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы справа
4) усиление болезненности при глубокой пальпации области желчного пузыря на высоте глубокого вдоха
5) болезненность в точке пересечения правой реберной дуги и наружного края прямой мышцы живота

13. Назовите наиболее информативный метод диагностики ЖКБ:
1) обзорная рентгенография живота
2) УЗИ органов брюшной полости
3) дуоденальное зондирование
4) биохимическое исследование крови (билирубин, щелочная фосфатаза, ГГТП, холестерин)
5) ФГДС

14. К пузырным симптомам относятся:
1) симптомы Ортнера и Волковича
2) френикус-симптом и симптом «кровавой росы»
3) симптомы Мерфи и Поргеса
4) симптом Поргеса
5) симптомы Ортнера, Мерфи и френикус-симптом

16. «Золотой стандарт» диагностики холедохолитиаза:

1) УЗИ брюшной полости
2) эндоскопическое УЗИ
3) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
4) пероральная холецистография
5) КТ брюшной полости

20. Калькулезный холецистит может иметь осложнения:
1) гастродуоденальное кровотечение
2) панкреонекроз
3) стеноз фатерова сосочка
4) дисфункция сфинктера Одди
5) панкреонекроз и гнойный холангит

21. Развитию желчекаменной болезни в наибольшей степени способствует:
1) гипомоторная дискинезия желчного пузыря
2) курение
3) злоупотребление алкоголем
4) малая физическая активность
5) наркомания

22. Болезненность при надавливании на правый диафрагмальный нерв между ножками грудино–ключично–сосцевидной мышцы называется:
1) симптом Мерфи
2) симптом Кера
3) симптом Грекова–Ортнера
4) симптом Георгиевского–Мюсси
5) симптом Пастернацкого

25. Укажите препарат, противопоказанный для купирования приступа желчной колики:
1) атропин
2) папаверин
3) нитроглицерин
4) морфин
5) баралгин

26. Хроническим холециститом чаще болеют:
1) Мужчины и женщины среднего возраста.
2) Женщины среднего возраста.
3) Мужчины среднего возраста.
4) Пожилые люди.

5) Все одинаково часто болеют.

27. Этиологический фактор развития хронического холецистита:
1) Аномалии строения желчного пузыря.
2) Нарушение моторики тонкой кишки.
3) Психоэмоциональные нарушения.
4) Инфицирование желчи.
5) Нарушения диеты.

28. Синдромы хронического холецистита:
1) Болевой.
2) Диспептический.
3) Воспалительный.
4) Холестатический.
5) Болевой, диспептический, воспалительный и холестатический.

29. Симптом Кера — это болезненность при:
1) Пальпации правого подреберья.
2) Поколачивании по правой реберной дуге.
3) Поколачивании по левой реберной дуге.

4) Поколачивании по правому подреберью.
5) Пальпации в зоне желчного пузыря при вдохе.

30. Симптом Грекова–Ортнера — это болезненность при:
1) Пальпации правого подреберья.
2) Поколачивании по правой реберной дуге.
3) Поколачивании по левой реберной дуге.
4) Поколачивании по правому подреберью.
5) Пальпации в зоне желчного пузыря при вдохе.

31. Атипичные формы хронического холецистита — это:
1) Гастралгическая, эзофагалгическая, кишечная.
2) Панкреатическая, эзофагалгическая, кишечная.
3) Кардиалгическая, эзофагалгическая, кишечная.
4) Кардиалгическая, эзофагалгическая, гепаталгическая.
5) Кардиалгическая, плевралгическая, кишечная.

33. Основным инструментальным методом диагностики хронического холецистита является:
1) Дуоденальное зондирование.
2) Эзофагогастродуоденоскопия.
3) УЗИ органов брюшной полости.
4) Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.
5) Магнитно-резонансная холангиопанкреатография.

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 4

Больная К., 43 лет, обратилась к врачу с жалобами на периодические боли в правом подреберье, тянущие, ноющие, иррадиирующие в правую лопатку и плечо, возникают после приема жирной пищи, длятся до 2-х часов, проходят самостоятельно. Стул один раз в три – четыре дня, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.

Считает себя больной около 3 лет, когда впервые после употребления алкоголя и жирной пищи возникли боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала но-шпу. С этого времени после погрешностей в диете подобные обострения, не обследовалась, не лечилась. Около года назад присоединились запоры. Сегодня после употребления алкоголя и жареной пищи возобновились боли, вызвала скорую помощь, доставлена в сан. пропускник.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: работает продавцом в продуктовом магазине, часто не регулярный прием пищи, употребление жирной и жареной пищи.

Вредные привычки: не курит, алкоголь – редко в небольших количествах.

Наследственность: у мамы – хронический холецистит, у отца – ЖКБ.

Ведет малоподвижный образ жизни.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Гиперстеник. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, чистые. Видимые слизистые розового цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, толщина подкожно-жировой складки на уровне пупка - 6см, по средне-ключичной линии – 4см. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 72 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы

относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно- жировой клетчатки, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Эластичной консистенции, подвижность сохранена. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 х 9 х 7см. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера - положительные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4 см. поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненная. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Вопросы:

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.План терапии?

Задача № 5

Больная Р., 52 года, поступила в клинику с жалобами на тупые боли в области правого подреберья с иррадиацией в правое плечо, повышение температуры до 38 °С, тошноту, рвоту, потливость, слабость. Из анамнеза заболевания известно, что в течение 4 лет беспокоят приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правые отделы, возникающие после погрешностей в диете (прием жирной, острой пищи). В течение последнего года подобное обострение второе. Лечилась самостоятельно: соблюдала диету, принимала спазмолитики, использовала грелку. Анамнез жизни. Домохозяйка, ведет малоподвижный образ жизни. Питание: употребляет много острой, жареной, жирной пищи, эпизодически алкоголь, отмечает большие промежутки времени между приемами пищи. Гинекологический анамнез: 3 беременности, 3 родов. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре состояние больной средней тяжести. Рост — 161 см, вес — 78 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. При перкуссии легких определяется ясный легочный звук. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При аускультации I и II тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. ЧСС 92/мин. АД 130/80 мм рт. ст. на обеих руках. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Желчный пузырь не пальпируется. Пальпируемые отделы толстой кишки нормальных размеров, безболезненные. Определяются болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге справа, болезненность при надавливании большим пальцем в проекции желчного пузыря на вдохе. Выявлена болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа. Размеры печени по Курлову — 9 х 8 х 7 см. Край печени по правой срединноключичной линии не пальпируется. Селезенка не увеличена. Стул: склонность к запорам.

Лабораторно-инструментальные исследования. В общем анализе крови: гемоглобин — 138 г/л, лейкоциты — 9,4 х 109/л, палочкоядерные нейтрофилы — 4%, сегментоядерные нейтрофилы — 68%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 19%, моноциты — 9%, СОЭ — 19 мм/ч.

При холецистографии выявлено замедление опорожнения желчного пузыря, моторика

желчевыводящих путей замедлена.
УЗИ печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Печень: размеры не увеличены, контуры ровные, паренхима имеет однородную малоэхогенную структуру. Общий желчный проток не расширен (около 4 мм). Желчный пузырь: натощак растянут с признаками застоя желчи, отмечаются деформация и утолщение его стенки (толщина стенки 5 мм), конкрементов не выявлено. Через 30 минут после назначения желчегонного завтрака (2 сырых яичных желтка) опорожнение замедлено и недостаточное.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

Задача № 6
Больная Б., 45 лет, поступила с жалобами на тупые боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, неприятный вкус во рту, тошноту, неоднократную рвоту с примесью желчи, кожный зуд. Из анамнеза заболевания известно, что в течение последних 5 лет отмечает частые приступы болей в правом подреберье, сопровождающиеся неприятным
вкусом во рту, тошнотой, рвотой с примесью желчи, иногда повышением температуры тела до субфебрильных цифр. Боли провоцировались приемом острой и жирной пищи, иногда физической нагрузкой. Подобные обострения наблюдались 5–6 раза в год. С вышеуказанными симптомами к врачам не обращалась.
Настоящее ухудшение — в течение последних 4 дней, когда вышеуказанные боли в правом подреберье участились, повысилась температура до фебрильных цифр и появился кожный зуд. В гинекологическом анамнезе у больной 2 беременности, 2 родов.
При осмотре состояние больной средней тяжести. Рост 166 см. Вес 82 кг.
Кожные покровы и видимые слизистые оболочки иктеричны, следы расчесов на коже. Температура тела 38,3 °С. Перкуторно границы легких в пределах нормы. Аускультативно — дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. ЧСС 96 уд. в мин. АД 130/75 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Отмечается усиление болевой чувствительности на вдохе при пальпации в области проекции желчного пузыря. Выявляется болезненность при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы у верхнего края ключицы. Размеры печени по Курлову 9 х 8 х 6 см. Лабораторно-инструментальные исследования. Клинический анализ крови: гемоглобин 137 г/л, лейкоциты 14,9 х 109/л, палочкоядерные нейтрофилы 8%, сегментоядерные нейтрофилы 69%, эозинофилы 2%, лимфоциты 12%, моноциты 9%, СОЭ 25 мм/ч.
Биохимический анализ крови: общий билирубин 52 ммоль/л, прямой билирубин 38 ммоль/л, АСТ 38 ЕД/л, АЛТ 36 ЕД/л, холестерин 6,7 ммоль/л, амилаза 87 ЕД/л, щелочная фосфатаза 218 ЕД/л, глюкоза 5,3 ммоль/л.
УЗИ печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Печень: размеры не увеличены, контуры ровные, паренхима имеет однородную малоэхогенную структуру. Желчный пузырь: деформация и утолщение его стенки (толщина стенки 5 мм), выявлены 2 конкремента, диаметром 5 мм и 7 мм. Общий желчный проток не визуализируется.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы для презентаций:

1. Бессимптомное камненосительство в желчном пузыре: тактика ведения пациента.
2. Варианты хирургического лечения ЖКБ.
3. Преемственность ведения пациента от хирурга к гастроэнтерологу в клинической практике.
4. Особенности течения холецистита у пожилых пациентов.

Тема 23. Стенозирующий дуоденальный папиллит. Холестероз желчного пузыря
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Анатомические особенности фатерова сосочка, его вовлечение в патологические процессы.
2. Клиническая характеристика стенозирующего дуоденального папиллита, тактика ведения пациента.
3. Клиническая характеристика холестероза желчного пузыря.

Тема 24. Клинический разбор пациента с ЖКБ
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 25. Холангит
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Этиология и патогенез холангитов.
2. Варианты холангитов (нисходящий, первичный, рецидивирующий, склерозирующий, вторичный, стенозирующий, гнойный).
3. Клиническая картина холангитов.
4. Современные возможности диагностики холангитов, дифференциальный диагноз.
5. Осложнения холангитов.
6. Консервативная терапия холангитов.
7. Сроки, методы и результаты оперативного лечения холангитов.

Тема 26. Редкие заболевания билиарного тракта
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Обструкция желчного пузыря (окклюзия, стеноз, стриктура).
2. Водянка желчного пузыря.
3. Мукоцеле.
4. Фистула желчного пузыря.
5. Холецистодуоденум.
6. Спайки, атрофия, киста, гипертрофия, язва желчного пузыря.
7. Нефункционирующий желчный пузырь.

Раздел 5. Заболевания поджелудочной железы

Пояснение: Для раздела составлен нумерованный список тестовых заданий, из которого для каждой темы выбраны соответствующие тестовые задания.

Тема 1. Клинический разбор пациента с билиарно-зависимым хроническим панкреатитом.
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 2. Строение и функции поджелудочной железы. Методы лабораторной

диагностики поражений поджелудочной железы.
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Поджелудочная железа: топография, строение, выводные протоки, кровоснабжение, венозный и лимфатический отток, иннервация, аномалии развития, внутрисекреторные элементы.
2. Экзокринная и эндокринная функция поджелудочной железы.
3. Методы лабораторной диагностики поражений поджелудочной железы.
4. Методы оценки экзокринной и эндокринной функции поджелудочной железы.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Стеаторея характерна для:
    1) хронического анацидного гастрита
    2) язвенной болезни
    3) язвенного колита
    4) дисбактериоза кишечника
    5) хронического панкреатита
2. Выработка каких ферментов относится к экзокринной функции поджелудочной железы:
    1) инсулин
    2) амилаза
    3) глюкагон
    4) соматостатин
    5) панкреатический полипептид
3. В наибольшей степени на панкреатическую недостаточность указывает:
    1) полифекалия
    2) креаторея
    3) стеаторея
    4) амилорея
    5) наличие крови и слизи в стуле

Тема 3. Клинический разбор пациента с алкогольным панкреатитом.
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 4. Строение и функции поджелудочной железы. Методы инструментальной диагностики поражений поджелудочной железы.
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Ультразвуковое исследование, трансабдоминальное и эндоскопическоеультразвуковое исследование(ЭУЗИ): показания, методика проведения, признаки поражения поджелудочной железы.
2. Обзорная рентгенография органов брюшной полости: показания, методика проведения, признаки поражения поджелудочной железы.
3. Мультиспиральная компьютерная томография (МСКТ) и магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРПХГ): показания, методика проведения, признаки поражения поджелудочной железы, диагностические критерии острого и хронического панкреатита.
4. Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (ЭРХПГ), сцинтиграфия, и селективная ангиография: показания, методика проведения, признаки поражения поджелудочной железы, диагностические критерии острого и хронического панкреатита.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

4. УЗИ поджелудочной железы позволяет оценить:

1. неравномерность контуров
2. размеры и плотность
3. наличие кистозных изменений
4. наличие кальцификатов
5. неравномерность контуров; размеры и плотность; наличие кистозных изменений; 4. наличие кальцификатов

5. К выраженным изменениям поджелудочной железы по данным компьютерной томографии не относится:

1. патология главного протока и патология более 3 боковых протоков
2. внутрипротоковые дефекты наполнения или камни поджелудочной железы
3. значительное увеличение поджелудочной железы более чем в 2 раза
4. обструкция, выраженная неровность или стриктура протока поджелудочной железы

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Новые подходы к неинвазивной диагностике фиброза поджелудочной железы при хроническом панкреатите.
2. Современные методы решения проблемы поздней диагностики заболеваний поджелудочной железы.

Тема 5. Острый панкреатит

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Эпидемиология, этиология, патогенез острого панкреатита.
2. Классификация, клинические формы острого панкреатита.
3. Современные возможности диагностики, дифференциальная диагностика острого панкреатита
4. Осложнения острого панкреатита: абсцесс поджелудочной железы, острый, инфекционный некроз поджелудочной железы.
5. Консервативная терапия острого панкреатита.
6. Показания, возможности, методы и результаты оперативного лечения острого панкреатита.

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 1

Больной Ж. 32 лет, доставлен в приемный покой после употреб-ления алкоголя, с жалобами на сильные боли в эпигастрии, тошноту, неукротимую рвоту, вздутие живота, снижение диуреза. Объективно: кожный покров бледен, пульс 110 в 1 мин. АД 100/60 мм рт. ст. Отдышка до 24 в 1 минуту. Дыхание ослабленное, до хрипов нет. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, на боковых отделах мраморность. При пальпации напряжение брюшной стенки в эпигастральной области, здесь же максималь-ная болезненность, определяемая даже при перкуссии со сглажен-ной печеночной тупостью. Ослабление перистальтики. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет.

Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Неврологические маски острого панкреатита.
2. Дифференциальная диагностика делириозного течения тяжелого острого панкреатита и алкогольного делирия.
3. Особенности ведения пациентов с панкреатогенным сахарным диабетом: диагностика и лечения неотложных состояний.
4. Острый панкреатит, протекающий под маской острой печеночной недостаточности: принципы диагностики и лечения.
5. Клиника острой дыхательной недостаточности, как проявление острого панкреатита: патогенетические особенности гемодинамических нарушений, лечебная тактика.

Тема 6. Хронический панкреатит.

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Этиология и патогенез хронического панкреатита.
2. Клиника, варианты течения хронического панкреатита.
3. Методы диагностики и дифференциальная диагностика хронического панкреатита.
4. Осложнения хронического панкреатита.
5. Лечение хронического панкреатита, принципы диетотерапии.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

6. Признаками хронического панкреатита являются нижеследующие, КРОМЕ:
    1. боль постоянная в сочетании с приступообразной.
    2. локализация боли в эпигастральной области.
    3. общая слабость.
    4. снижение аппетита.
    5. повышение температуры.
7. Применение каких лекарственных средств НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО в случае хронического панкреатита с выраженным болевым синдромом и нарушением внешней секреции в стадии обострения?
    1. анальгетики
    2. ингибиторы панкреатических ферментов
    3. спазмолитики
    4. глюкокортикоиды
    5. антибиотики
8. При хронических панкреатитах боль чаще всего возникает:
    1. после простудных заболеваний
    2. после рвоты
    3. после употребления жирной пищи
    4. после кофе
    5. после тряской езды
9. Какой признак часто наблюдается при псевдотуморозном панкреатите:
    1. боль
    2. поносы, запоры
    3. рвота
    4. желтуха
    5. сахарный диабет
10. Терапия хронического панкреатита в фазе стойкой ремиссии включает:
    1. хирургическое лечение
    2. ингибиторы трипсина
    3. ферментные препараты
    4. диету № 5п
    5. анальгетики
11. Препараты, используемые в терапии обострения хронического панкреатита все, КРОМЕ:

1. антациды
2. неселективные М-холинолитики
3. ферменты
4. антиферментные препараты
5. ганглиоблокаторы

12. Показания к хирургическому лечению хронического панкреатита все, КРОМЕ:
1. холедолитиаз или другая патология, препятствующая оттоку секрета поджелудочной железы
2. развитие сахарного диабета
3. стриктура большого дуоденального протока
4. злокачественные опухоли поджелудочной железы
5. развитие механической желтухи

13. Непосредственной причиной смерти больных хроническим панкреатитом могут быть:
1. инфекционно-гнойные осложнения
2. кровотечения из ЖКТ
3. карцинома поджелудочной железы
4. ДВС-синдром
5 инфекционно-гнойные осложнения; кровотечения из ЖКТ; карцинома поджелудочной железы; ДВС-синдром

14. Осложнениями хронического панкреатита НЕ является:
1. язвенная болезнь
2. механическая желтуха
3. полисерозиты
4. рак поджелудочной железы
5. левосторонний гидроторакс

15. Дифференциальный диагноз при хроническом панкреатите проводят с:
1. опухолью поджелудочной железы
2. язвенной болезнью
3. дискинезией желчного пузыря
4. функциональным расстройством сфинктера Одди
5. опухолью поджелудочной железы; язвенной болезнью; дискинезией желчного пузыря; функциональным расстройством сфинктера Одди

16. Плевральный выпот слева при хроническом панкреатите образуется из-за:
1. образования в диафрагме микрофистул
2. повышения активности ферментов поджелудочной железы
3. развития сердечной недостаточности
4. инфекционного воспаления плевры
5. не верно: образования в диафрагме микрофистул; повышения активности ферментов поджелудочной железы; развития сердечной недостаточности; инфекционного воспаления плевры

17. Назовите особенности морфологических изменений поджелудочной железы при алкогольном панкреатите:
1. псевдокисты
2. кальцификаты
3. фиброзные изменения паренхимы
4. накопление липидов в ацинозных клетках
5. псевдокисты; кальцификаты; фиброзные изменения паренхимы; накопление липидов в ацинозных клетках

19. Методом выбора лечения псевдоопухолевой формы хронического панкреатита является:
1. консервативный
2. хирургический
3. химиотерапия

4. рентгенотерапия
5. рефлексотерапия

20. Определите роль этанола в развитии алкогольного панкреатита:
1. увеличивает продукцию гастрина и панкреозимина
2. угнетает продукцию гастрина и панкреозимина
3. нарушает синтез литостатина
4. способствует фиброзу мелких сосудов
5. оказывает токсическое влияние на клетки поджелудочной железы

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 2

Больная Ж., 33 лет, жалуется на ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, возникают через 30-40 минут после приема жирной пищи и алкоголя, длятся до 3-х часов, проходят самостоятельно, тошноту, отрыжку воздухом, вздутие живота. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, с жирным блеском, зловонный, плохо смывается с унитаза.

Считает себя больной около 1 года, когда постепенно появилась вышеперечисленная симптоматика; за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась. В течение последнего месяца начала соблюдать диету (исключила прием алкоголя и жирной жареной пищи), принимала но-шпу, отметила незначительное улучшение самочувствия – уменьшились боли в животе, сохраняется тяжесть в животе после еды, отрыжка воздухом, вздутие живота, неустойчивый стул.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: официантка в ресторане, питается регулярно, часто погрешности в диете.

Вредные привычки: курит в течение 7 лет 1 пачка сигарет в день, употребляет крепкие алкогольные напитки.

Наследственность: у матери сахарный диабет 2 типа, отец - ИБС.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: сознание ясное, положение активное. Астеник. ИМТ 17 кг/м 2. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, влажные, чистые. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 88 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/70 мм рт. ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 88 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, подвздут, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 8 х 7 х 6см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Вопрос:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Каков прогноз заболевания?

Задача № 3

Больной К., 45 лет, обратился к врачу в связи с жалобами на давящие, боли в эпигастральной области, периодически опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, уменьшаются самостоятельно через 30-40 минут, но совсем не проходят, сопровождаются вздутием живота; рвоту, не приносящую облегчения, отрыжку воздухом; желтушность кожных покровов и склер, стул 1 раза в день, оформленный, белого цвета, без патологических примесей; мочеиспускание 3-4 раза в день, свободное, безболезненное, моча «цвета пива».

Считает себя больным около года, когда после погрешности в диете (прием алкоголя, жирной и копченой пищи) возникла боль в правом подреберье, желтушность склер. За медицинской помощью не обращался, постепенно симптомы прошли самостоятельно. Около месяца назад боли стали опоясывающими, присоединилось вздутие живота. 3 дня назад, после «застолья» возобновились боли, вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота после приема любой пищи не приносящая облегчения, коллеги по работе обратили внимание на желтушность кожи и слизистых. Два дня назад стал обесцвеченным кал и моча «цвета пива». Вызвал скорую помощь, доставлен в инфекционную больницу. Диагноз вирусного гепатита исключен, доставлен в приемное отделение городской больницы для дальнейшего обследования. Вышеперечисленные симптомы сохраняются.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: работает слесарем.

Питается не регулярно, диету не соблюдает.

Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко.

Наследственность: у матери – гипертоническая болезнь, у отца – хронический панкреатит. Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 72 в мин., удовлетворительных качеств. АД 120/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов
сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой выражен умеренно. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. При глубокой пальпации определяется болезненность в области поджелудочной железы. Печень не пальпируется, пальпация безболезненна, размеры по Курлову 9 х 8 х 7см., пузырные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 7 х 5см. При осмотре поясничная область не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Вопрос:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Чем может быть обусловлен более высокий риск развития портальной гипертензии при подпеченочной форме данного заболевания?

Задача № 4

Больная Б. 52 года. На протяжении 8 лет у него периодически (после алкоголя) отмечаются боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, поносы. Лечился у терапевта по поводу "колита". В период обострения отмечается снижение веса, бледность кожных покровов, болезненность в левом подреберье, тошнота, рвота. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови без видимых отклонений от нормы. В копрограмме – креаторея, в большом количестве нейтральный жир.

Вопрос:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача № 5

Мальчик Д. 12 лет, поступил в отделение на обследование в связи с ноющими болями в верхней половине живота после приема жаренной и жирной пищи, снижением аппетита, тошнотой, повторной рвотой. Данные анамнеза. С 5 лет находится на диспансерном учете у аллерголога с диагнозом: пищевая аллергия, атопический дерматит. В 7 лет перенес гепатит А. Со слов мамы ребенка, диету мальчик не соблюдает. С 9 лет после обеда в школе и физической нагрузки часто беспокоят ноющие боли опоясывающего характера в верхней половине живота, продолжающиеся до2 часов и ослабевающие в положении сидя с наклоном туловища вперед. Боли сопровождаются тошнотой, метеоризмом, сухостью слизистых полости рта и проходят после приема но-шпы. Данные объективного осмотра: Масса тела 28 кг, рост 132 см. Мальчик астенического телосложения. Состояние средней тяжести. Температура тела 36.80С. Выражены суборбитальные тени. Кожа чистая, бледная. Зев чистый, миндалины рыхлые, гипертрофированы. Язык обложен. В легких везикулярное дыхание. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левом подреберье, зоне Шоффара, положительные симптомы Кача, Мейо-Робсона, Керте. Печень и селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, без патологических примесей с жирным блеском. Температура 36.8°С. Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, мочевина 5.2 ммоль/л, холестерин 3.4 ммоль/л, триглицериды 0.72 ммоль/л, βлипопротеиды 42 ммоль/л, билирубин прямой 3.8, непрямой 12.8 мкмоль/л, амилаза 520 ЕД/л. Копрограмма: значительное количество неперевареннных мышечных волокон, большое количество нейтрального жира. УЗИ: гиперэхогенность поджелудочной железы, чередование гипер- и гипоэхогенных участков, четкий контур, расширение главного панкреатического протока.

Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

Тема 7. Другие заболевания поджелудочной железы. Киста, атрофия, калькулез (камни), фиброз, цирроз, некроз.

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Кисты поджелудочной железы: этиология, патогенез, клинические проявления, методы диагностики, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
2. Атрофия поджелудочной железы: этиология, патогенез, клинические проявления, методы диагностики, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
3. Калькулез (камни)поджелудочной железы: этиология, патогенез, клинические проявления, методы диагностики, дифференциальная диагностика и принципы лечения.
4. Фиброз и цирроз поджелудочной железы: этиология, патогенез, клинические проявления, методы диагностики, дифференциальная диагностика и принципы лечения, прогноз.

5. Рак поджелудочной железы: эпидемиология, этиология, патогенез, клинические проявления, методы диагностики, дифференциальная диагностика и принципы лечения, прогноз.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
18. Ведущими симптомами для кист поджелудочной железы следует считать:
1. боли
2. нарушение оттока панкреатического сока
3. прощупывание опухоли
4. симптомы сдавления других органов
5. боли; нарушение оттока панкреатического сока; прощупывание опухоли; симптомы сдавления других органов

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:
1. Роль белков поджелудочной железы в формировании камней при хроническом панкреатите.
2. Современные технологии лечения инфицированного панкреонекроза.
3. Механизмы развития и особенности течения рака головки поджелудочной железы у пациентов с субкомпенсированным HCV-циррозом печени.
4. Гипоксия поджелудочной железы в патогенезе фиброза при хроническом панкреатите.
5. Дифференциальная диагностика спорадических и ассоциированных с МЭН-1 нейроэндокринных неоплазий поджелудочной железы.

Тема 8. Клинический разбор пациента с токсическим панкреатитом
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 9. Клинический разбор пациента с хроническим панкреатитом с выраженной экзокринной недостаточностью.
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 10. Клинический разбор пациента с полиморбидной патологией и заболеванием поджелудочной железы.
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 11. Клинический разбор пациента с кистами, кальцинатами и фиброзом поджелудочной железы.
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Раздел 6. Неотложная гастроэнтерология

Пояснение: Для раздела составлен нумерованный список тестовых заданий, из которого для каждой темы выбраны соответствующие тестовые задания.

Тема 1. Клинический разбор пациента с печеночной энцефалопатией
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)

Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 2. Острый живот. Острый аппендицит. Острый панкреатит. Острый холецистит
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)

1. Клиническая картина при остром аппендиците
2. Диагностика острого аппендицита
3. Оказание неотложной помощи при остром аппендиците
4. Клиника острого панкреатита
5. Диагностика острого панкреатита
6. Оказание неотложной помощи при остром панкреатите
7. Клиника острого холецистита
8. Диагностика острого холецистита
9. Оказание неотложной помощи при остром холецистите

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)

1. Острый панкреатит начинается:
   1) Внезапно
   2) После небольшого (6-7 ч.) продромального периода
   3) После длительного (2-3 нед.) недомогания
   4) В исходе хронического панкреатита
   5) Внезапно; После небольшого (6-7 ч.) продромального периода; После длительного (2-3 нед.) недомогания; исходе хронического панкреатита
2. Поджелудочная железа вырабатывает:
   1) Инсулин
   2) Гистамин
   3) Калликреин
   4) Соматотропин
   5) Инсулин; Гистамин; Калликреин; Соматотропин
3. В поджелудочной железе в неактивном состоянии вырабатывается:
   1) Трипсин
   2) Эластаза
   3) Амилаза
   4) Липаза
   5) Трипсин; Эластаза; Амилаза; Липаза
4. В начальных стадиях острого панкреатита возникновению острой печеночной недостаточности способствует:
   1) Энзимная токсемия
   2) Бактеремия
   3) Нарушение диеты
   4) Сгущение крови
   5) Энзимная токсемия; Бактеремия; Нарушение диеты; Сгущение крови
5. Для острого панкреатита характерны:
   1) Лейкоцитоз
   2) Сдвиг лейкоцитарной формулы влево
   3) Ускорение СОЭ
   4) Эритроцитоз
   5) Лейкоцитоз, Сдвиг лейкоцитарной формулы влево, Ускорение СОЭ, Эритроцитоз

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)

Задача № 1

Больная 52 лет, поступила с жалобами на сильные боли, опоясывающегохарактера в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, сухость во рту, резкую слабость. Боли

появились накануне вечером послеприема обильной, жирной пищи. Давность заболевания 12 часов.
При поступлении состояние больной средней тяжести. Рост 162 см, вес 86кг., температура тела -36,7С. Пульс 110 уд/мин, А/Д 120/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложенсеро-коричневым налетом. Живот умеренно вздут за счет верхних отделов, слабо участвует в акте дыхания. При пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, в правом и левом подреберье. Положительный симптом Керте, Мейо-Робсона. Симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза мочи 512 ед. Крови 256 ед.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Лечебные мероприятия

Задача № 2
Больной 26 лет поступил на 4-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больного острый аппендицит. Однако в правой подвздошной области отчетливо определяется плотное, неподвижное образование размером 10х12 см, прилегающее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Тактика ведения пациента

Задача № 3.
Больная 65 лет, находится в терапевтическом отделении по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии покоя.
6 часов назад у больной внезапно появились боли в левом подреберье, в левой половине грудной клетки, отдающие в левое плечо, тошнота, сухость во рту, слабость.
Состояние на момент осмотра средней тяжести. Кожа бледная, акроцианоз, пульс-88 в мин., аритмичный. А/Д 110/90 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны глухие, единичные экстрасистолы, шумов нет. Язык влажный, обложен у корня серым налетом. Живот умеренно вздут за счет верхних отделов, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, в левом подреберье, симптомов раздражения брюшины нет. Кишечные шумы вялые, газы отходят с трудом.
Лейкоцитоз 12 тыс., в лейкоформуле имеется палочкоядерный сдвиг до 7 %. На ЭКГ выявлена ишемия задней стенки левого желудочка. Диастаза мочи 256 ед.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз

Задача № 4.
Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II, А степени. Приступы холецистита у больной бывают 3−4 раза в год.
Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. При поступлении состояние средней тяжести, определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера, френикус-симптом.
УЗИ при поступлении — желчный пузырь 146×72 мм, стенка желчного пузыря 8 мм, в области шейки желчного пузыря фиксированный конкремент 41×32 мм, холедох 6 мм.

Начата консервативная терапия. При динамическом УЗИ спустя сутки ультразвуковая семиотика прежняя.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. Принципы консервативной терапии
3. Лечебная тактика

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)
Темы презентаций:
1. Синдром «Острого живота»
2. Особенности течения острого аппендицита
3. Атипичные формы острого аппендицита
4. Панкреонекроз при остром панкреатите
5. Лечение острого панкреатита
6. Острый холецистит и его осложнения
7. Особенности диагностики острого холецистита

Тема 3. Острые желудочно-кишечные кровотечения
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)
1. Причины желудочно-кишечного кровотечения
2. Методы ранней диагностики при желудочно-кишечном кровотечении
3. Оказание неотложной помощи при желудочно-кишечном кровотечении
4. Хирургическое лечение при желудочно-кишечном кровотечении

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
6. При кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки:
   1) Предшествующая боль резко усиливается
   2) Боль исчезает или уменьшается
   3) Появляется сухость и горький вкус во рту
   4) Боль иррадиирует в спину
   5) Боль иррадиирует а прекардиальную область
7. Мелена характерна для:
   1) Кровоточащего геморроя
   2) Язвенного колита
   3) Желудочного кровотечения
   4) Трещины ануса
   5) Рака сигмы
8. Кал принимает черный цвет:
   1) При кровотечении из толстого кишечника
   2) При анацидном гастрите
   3) При желтухе
   4) После приема внутрь препарата железа
   5) При кровотечении из геморроидальных узлов
9. Какая основная причина кровотечений из ВРВ пищевода у больных циррозом печени:
   1) Снижение протромбина
   2) Снижение проконвертина, проакцелерина
   3) Портальная гипертензия
   4) Уменьшение тромбоцитов
   5) Угнетение фибринолиза
10. При каких заболеваниях наблюдается профузное желудочно-кишечное кровотечение?
   1) Дивертикулез

2) Язвенный эзофагит
3) Диафрагмальная грыжа
4) Геморрагический панкреатит
5) Синдром Меллори-Вейса

11. Наименьшее количество крови при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ, при котором появляется мелена:
1) 60-100 мл
2) Менее 60 мл
3) 250 мл
4) 500 мл

12. Алая кровь на поверхности кала (вслед за началом дефекации) является признаком:
1) кровотечение из дистальных отделов тонкого кишечника
2) кровотечение из проксимальных отделов толстого кишечника
3) кровотечение из проксимальных отделов тонкого кишечника
4) кровотечение из дистальных отделов толстого кишечника

13. Какой характер кровоточивости у больного раком прямой кишки?
1) появление алой крови в конце акта дефекации
2) появление крови перед актом дефекации
3) профузное ректальное кровотечение
4) примесь алой крови к каловым массам
5) мелена

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)

Задача № 5.

Больной, 35 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области.

В анамнезе язвенная болезнь желудка, по поводу чего проводилась консервативная терапия. В приемном отделении у больного возникла обильная рвота алой кровью, появились жалобы на головокружение, общую слабость, ощущение нехватки воздуха.

Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, над верхушкой сердца выслушивается систолический шум. АД – 100 и 60 мм рт. ст., пульс – 110 уд. в 1 мин. Живот болезненный в эпигастральной области.

Гемоглобин – 81 г\л, гематокрит – 0,28, эритроциты – $2{,}6 \times 10^9$. В условиях операционной выполнено экстренное эндоскопическое исследование. В желудке большое количество свежей крови.

Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. Лечебные мероприятия

Задача № 6.

Больной 46 лет поступил в клинику с диагнозом цирроз печени.

Состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота “ кофейной гущей”.

Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения.

АД 90/50. Гемоглобин 86 г/л.

Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. Методы обследования
3. Тактика лечения

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Причины кровотечения из нижних отделов желудочно-кишечного тракта
2. Принципы диагностики и лечения острых желудочно-кишечных кровотечений
3. Дифференциальная диагностика желудочно – кишечных кровотечений

Тема 4. Печеночная колика. Печеночная кома

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)

1. Клиническая картина при печеночной колике
2. Диагностика печеночной колики
3. Дифференциальный диагноз при печеночной колике
4. Принципы терапии печеночной колики
5. Причины печеночной комы
6. Клинические признаки печеночной комы
7. Принципы терапии печеночной комы

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)

14. Ранним признаком развивающейся печеночной энцефалопатии при вирусном гепатите В является:
    1) Эйфория и возбуждение
    2) Стойкая брадикардия
    3) Упорный зуд кожи по ночам
    4) Лейкопения с относительным лимфоцитозом
    5) Нарастание билирубина за счет прямого
15. К признакам печеночной энцефалопатии относятся все, КРОМЕ:
    1) гипербилирубинемии
    2) хлопающего тремора
    3) повышения концентрации аммиака в крови
    4) снижения памяти
    5) возраст старше 50
16. Для лечения печеночной энцефалопатии применяется все, кроме:
    1) антибиотиков
    2) диеты с ограничением белка
    3) диуретиков
    4) лактулозы
    5) орницетила
17. К осложнениям цирроза печени относятся:
    1) гепато-ренальный синдром;
    2) гепато-пульмональный синдром;
    3) кровотечение из варикозно-расширенных вен;
    4) печеночная кома;
    5) гепато-ренальный синдром; гепато-пульмональный синдром; кровотечение из варикозно-расширенных вен; печеночная кома;
18. Клинические проявления цирроза печени главным образом зависят от:
    1) этиологии заболевания
    2) уровня лабораторных показателей
    3) выраженности иммунных нарушений
    4) компенсаторных возможностей левого желудочка
    5) выраженности печеночной энцефалопатии
19. К осложнениям цирроза печени относятся:
    1) гепато-ренальный синдром;
    2) гепато-пульмональный синдром;
    3) кровотечение из варикозно-расширенных вен;

4) печеночная кома;
5) гепато-ренальный синдром; гепато-пульмональный синдром; кровотечение из варикозно-расширенных вен; печеночная кома;

20. Признаком портальной гипертензии не является:
1) спленомегалия
2) расширение аноректальных вен
3) печеночноя кома
4) расширение вен пищевода
5) голова «медузы»

21. Укажите препарат, противопоказанный для купирования желчной колики:
1) атропин
2) баралгин
3) морфин
4) но-шпа
5) нитроглицерин

22. Симптом Кера определяется как:
1) болезненность при поколачивании по правой реберной дуге
2) болезненность при глубокой пальпации области желчного пузыря
3) болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы справа
4) усиление болезненности при глубокой пальпации области желчного пузыря на высоте глубокого вдоха
5) болезненность в точке пересечения правой реберной дуги и наружного края прямой мышцы живота

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)

Задача № 6.

Больная Н., 51 года. Жалобы на тяжесть, периодические приступообразные боли в правом подреберье, возникающие после приема жирной пищи, горечь ворту, тошноту, изредко - рвоту.

Считает себя больной в течение 3 лет.

Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Дыхание в легких везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Сердечные тоны ритмичные с числом 64 в минуту. АД 130/80 мм. рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом, больше у корня. Живот мягкий, болезненный при пальпации вточке Роже, симптомы Кера и Ортнера положительные.

Общий анализ крови: эритроциты – $4{,}2x10^{12}$/л, Hb– 140 г/л, СОЭ – 19 мм/ч, лейкоциты – $8{,}6x10^{9}$/л, п/янейтрофилы – 2%, с/я нейтрофилы – 56%, эозинофилы – 2%, моноциты – 3%, лимфоциты – 37%.БАК: билирубин общий – 17,3 мкмоль/л, АЛТ – 29 ЕД/л, АСТ – 30 ЕД/л. УЗИ: желчный пузырь – 8,8х3,2 мм, толщина стенки – 5 мм. В просвете желчного пузыря два камня диаметром 20 мм.

Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. Программа обследования
3. Группы препаратов, используемые при лечении

Задача № 7

Больная Е. 34 года поступила на 5 день болезни, без сознания. На болевые раздражители не реагирует. Корнеальные рефлексы сохранены. Выраженная желтуха. Печеночный запах изо рта. Печень перкуторно выше реберной дуги. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад больной произвели медицинский аборт, по показаниям – переливание крови.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз
3. Лечебные мероприятия

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)
Темы презентаций:

1. Алгоритм дифференциальной диагностики и тактика ведения пациента с печеночной энцефалопатией
2. Дифференциальный диагноз при печеночной коме
3. Объективный осмотр и дифференциальная диагностика при печеночной колике
4. Методы лабораторных и инструментальных исследований при печеночной колике
5. Принципы консервативного и хирургического лечения при печеночной колике

Тема 5. Клинический разбор пациента с диареей
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 6. Острая кишечная непроходимость.
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)

1. Клиника острой кишечной непроходимости
2. Диагностика острой кишечной непроходимости
3. Оказание неотложной помощи при острой кишечной непроходимости

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)
23. Какая локализация опухоли в ободочной кишке наиболее часто обусловливает состояние кишечной непроходимости?

1) рак печеночного изгиба
2) рак слепой кишки.
3) рак нисходящей и сигмовидной кишки
4) рак поперечноободочной кишки.

24. Основным симптомом обтурационной кишечной непроходимости является

1) Постоянные боли в животе
2) Схваткообразные боли в животе
3) Рвота цвета «кофейной гущи»
4) Вздутие живота
5) Мелена

25. Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости является

1) Инородные тела
2) Желчные камни
3) Доброкачественные опухоли
4) Злокачественные опухоли
5) Спайки брюшной полости

26. Кал в виде малинового желе характерен для

1) Желудочного кровотечения
2) Инвагинации
3) Спастического колита
4) Дивертикулита
5) Свинцового отравления

27. При подозрении на острую кишечную непроходимость в первую очередь производится

1) Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
2) Исследование пассажа бария по кишечнику

3) Эзофагогастродуоденоскопия
4) Лапароскопия
5) Биохимический анализ крови

28. Консервативное лечение острой кишечной непроходимости применяется только при
1) Завороте
2) Узлообразовании
3) Обтурационной кишечной непроходимости
4) Динамической непроходимости

29. Наиболее быстрое развитие некроза кишки возникает при
1) Обтурации подвздошной кишки
2) Обтурации толстой кишки опухолью
3) Обтурации просвета тощей кишки желчным камнем
4) Узлообразовании
5) Обтурации просвета толстой кишки каловым камнем

30. При паралитической кишечной непроходимости применяют
1) Оперативное лечение
2) Холинэргетики
3) Назоинтестинальную интубацию
4) Новокаиновую блокаду
5) Все средства стимуляции кишечника

31. Провоцировать развитие острой кишечной непроходимости может
1) Слабость мышц живота
2) Злоупотребление алкоголем
3) Употребление жирной и острой пищи
4) Употребление большого количества пищи, богатой клетчаткой
5) Психотравма

32 Для всех видов кишечной непроходимости характерны
1) Интенсивные боли в животе
2) Резкое усиление перистальтики
3) Стойкая задержка стула и газов
4) Ассимметрия живота
5) Напряжение мышц живота

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)

Задача № 8.

Больной, 40 лет, поступил с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе и рвоту. Заболел накануне, появились боли в животе, которые постепенно усиливались и стали нетерпимыми. Три раза была рвота, газы не отходят. Стул был засутки до заболевания.
При осмотре живот умеренно вздут, слегка напряжен, болезненпри пальпации во всех отделах. Симптом Блюмберга отрицателен, но определяется «шум плеска» при сотрясении брюшной стенки.Перистальтика звучная, редкая, слышна на расстоянии. Язык сухой, пульс 104 в минуту, лейкоцитоз 5,3х10^9/л, температура 36,8°С
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования пациента
3. Дифференциальный диагноз

Задача № 9.

Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят.

При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя спокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ними не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено.
Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Тактика лечения

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)
Темы презентаций:

1. Диагностика и лечение острой кишечной непроходимости
2. Острая кишечная непроходимость. Причины. Симптомы
3. Острая кишечная непроходимость. Диагностика. Хирургическое лечение

Тема 7. Клинический разбор пациента с язвенным кровотечением в анамнезе
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 8. Клинический разбор пациента с ЖКБ и печеночной коликой в анамнезе
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Раздел 7. Онкогастроэнтерология

Пояснение: Для раздела составлен нумерованный список тестовых заданий, из которого для каждой темы выбраны соответствующие тестовые задания.

Тема 1. Опухоли пищевода и желудка
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Опухоли пищевода. Доброкачественные опухоли.
2. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака пищевода.
3. Опухоли пищевода. Злокачественные опухоли. Рак пищевода. Злокачественные неэпителиальные опухоли пищевода.
4. Опухоли желудка. Доброкачественные опухоли.
5. Злокачественные опухоли желудка. Рак. Карциноид. Саркома.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
3. Независимый фактор риска рака желудка по системе OLGA
    1. II
    2. III
    3. IV
    4. III- IV
15. Опухоль Крукенберга представляет собой метастазы карциномы желудка в:
    1. головной мозг
    2. надключичные лимфоузлы
    3. печень

4. яичники
5. брюшину

21. Наиболее частой гистологической формой рака желудка служит:
1. аденокарцинома
2. скирр
3. солидный рак
4. плоскоклеточный рак
5. недифференцированный рак

22. Изъязвившейся рак желудка
1. чаще локализуется в своде
2. не имеет типичной локализации
3. чаще локализуется на малой кривизне
4. чаще локализуется в антральном отделе

23. Наиболее часто рак желудка метастазирует в
1. легкие
2. кости
3. головной мозг
4. печень

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 1

Мужчина 57 лет, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на изжогу за грудиной, сухой частый кашель, кислую отрыжку. Данные симптомы беспокоят в течение 15 лет. Для купирования симптомов периодически принимает альмагель, раствор соды, фамотидин с положительным эффектом. Неоднократно обращался к терапевту, при выполнении ФГДС отмечались единичные эрозии дистального отдела пищевода. Вредные привычки отрицает. Из хронических заболеваний сахарный диабет II типа, гипертоническая болезнь II стадии неконтролируемое течение. Явное ухудшение отметил последние 3 месяца, когда симптомы стали ежедневными и интенсивными. Обратился к гастроэнтерологу. При обследовании: по данным ФГДС выявлены множественные циркулярно расположенные эрозии в нижней трети пищевода с очаговой метаплазией, неоплазия? наличие большого количества желчи и слизи в желудке.

Объективно: Температура тела 36, 5 С. ИМТ = 35.7 кг/м2. кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 102 уд/мин., АД – 150/85 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Задача № 2

Мужчина 69 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на отсутствие аппетита, снижение веса на 6 кг за 2 месяца, ноющие боли в верхнем отделе живота. Считает себя больным в течение 1.5 лет, когда впервые отметил снижение аппетита и появление дискомфорта в эпигастральной области. Обратился к терапевту за медицинской помощью. В клиническом анализе крови повышение СОЭ до 55 мм/час. В биохимическом анализе крови без отклонений. По данным ФГДС обнаружен язвенный дефект 1х1.5 см в теле желудка. Биопсия не взята. Терапевтом рекомендовано выполнение С13 дыхательного уреазного теста (отрицательный). Назначен эзомепразол, альмагель с незначительным положительным ответом. Явное ухудшение отметил последние 2 месяца, когда отметил вышеописанные жалобы. При повторном визите к терапевту выполнено ФГДС, по результатам которого

отмечается единичный язвенный дефект тела желудка 1.5х2 см. Биопсия не взята. С результатами ФГДС направлен к гастроэнтерологу. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 23.7 кг/м2. кожные покровы и видимые слизистые бледно-серого оттенка. Пульс 98 уд/мин., АД – 120/85 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Задача № 3

Мужчина 38 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на ноющие боли в верхнем отделе живота, тошноту, тяжесть после приема пищи. Считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые отметил вышеописанные жалобы. Обратилась к терапевту за медицинской помощью. Лабораторно без изменений. По данным ФГДС обнаружено полиповидное образование на большой кривизне желудка 1х1.5 см. Выполнена тотальная биопсия. По данным морфологического исследования подозрение на В-клеточную лимфому маргинальной зоны. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 24.7 кг/м2. кожные покровы и видимые слизистые нормального оттенка. Пульс 70 уд/мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Задача № 4

Больной А., инженер, 55 лет, жалуется на слабость, одышку, головокружение при ходьбе, периодически мазевидный стул черного цвета, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудел на 5кг за 3 месяца, субфебрильную температуру тела в течение дня, без озноба.

Считает себя больным около 3 месяцев, когда впервые появились слабость, недомогание, периодически черный стул. За медицинской помощью не обращался, принимал поливитамины, лекарственные сборы трав. Постепенно присоединились головокружение и одышка при ходьбе. Месяц назад присоединилась субфебрильная температура тела. Обратился к участковому терапевту, для обследования и лечения направлен в терапевтическое отделение городской больницы.

Профессиональный анамнез: инженер.

Питается нерегулярно, диету не соблюдает.

Вредные привычки отрицает.

Наследственность не отягощена.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, нормальной влажности, чистые, тургор и эластичность снижены. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. ИМТ 17 кг/м 2. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 22 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 98 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в

акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Грыжевидные выпячивания не определяются. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, безболезненные, не урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется область пальпации безболезненная. Методом аускульто-аффрикции нижняя граница желудка на 2см выше пупка. При глубокой пальпации определяется безболезненное уплотнение в проекции большой кривизны желудка. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 х 8 х 7см, пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненная, размеры по Курлову 6 х 4см. поджелудочная железа не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Доброкачественные новообразования желудка
2. Нутриционная поддержка пациента с непроходимостью пищевода вследствие аденокарциномы пищевода
3. Дифференциальный диагноз и врачебная тактика в амбулаторных условиях при заболеваниях пищевода (гастроэзофагеальнорефлюксная болезнь, синдром Барретта, рак).
4. Рак желудка. Факторы риска, связь с инфекцией хеликобактером, клиника, ранняя диагностика, осложнения заболевания, принципы лечения. Возможности врача-терапевта поликлиники в раннем выявлении заболевания.

Тема 2. Клинический разбор пациента с опухолью пищевода

Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 3. Опухоли печени, поджелудочной железы и билиарной системы

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Опухоли поджелудочной железы. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли поджелудочной железы. Рак поджелудочной железы. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия.
2. Злокачественные опухоли поджелудочной железы. Рак поджелудочной железы. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.
3. Опухоли билиарной системы. Клиника. Современные возможности диагностики.
4. Опухоли печени. Доброкачественные опухоли. Клиника. Современные возможности диагностики.
5. Злокачественные опухоли печени. Гепатоцеллюлярная карцинома. Холангиокарцинома. Ангиосаркома. Метастазы в печень.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

5. Характерные клинические симптомы рака желчного пузыря все, КРОМЕ:
    1. болевой
    2. отечный
    3. диспепсический
    4. потеря массы тела
    5. желтуха

6. Рак желчного пузыря чаще всего ассоциирован с:
1. циррозом печени
2. язвенной болезнью
3. гастродуоденитом
4. холедохолитиазом
5. дивертикулезом кишечника

10. При пальпации край печени у больных гепатоцеллюлярной карциномой обычно:
1. ровный
2. бугристый
3.болезненный
4. безболезненный
5.каменистой плотности
6. бугристый, болезненный, каменистой плотности

11. Принципы лечения гепатоцеллюлярной карциномы:
1. хирургическое лечение
2. рентгенотерапия
3.химиотерапия
4. генная терапия
5. хирургическое лечение; рентгенотерапия; химиотерапия; генная терапия

12. Основным иммунологическим маркером гепатоцеллюлярной карциномы является:
1. антимитохондриальные антитела
2. α-фетопротеин
3.раковый эмбриональный антиген
4. антинуклеарный фактор
5.антитела к микросомам печени

13. Золотым стандартом диагностики гепатоцеллюлярной карциномы является:
1. определение α-фетопротеина
2. сцинтиграфия печени
3.биопсия печени
4. УЗИ органов брюшной полости
5.КТ органов брюшной полости

14. Триада основных клинических признаков гепатоцеллюлярной карциномы это:
1. асцит
2. похудание
3.лихорадка
4. боли в правом подреберье
5. похудание; лихорадка; боли в правом подреберье

16.Наиболее частая локализация рака поджелудочной железы:
1. диффузная
2. хвост
3. тело
4. головка
5. выводной проток

17. Назовите типичную триаду симптомов, характерных для злокачественной опухоли поджелудочной железы:
1. боли
2. запоры
3.диспепсия
4. похудание
5. боли, запоры, похудание

20. К злокачественным опухолям печени относятся:

1. холангиокарцинома;
2. ангиосаркома;
3. гемангиома;
4. холангиогепатоцеллюлярная карцинома;
5. холангиокарцинома , ангиосаркома; холангиогепатоцеллюлярная карцинома

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 5

Мужчина 56 лет обратился к участковому врачу с жалобами на тупые боли в эпигастральной области, общую слабость.

Болен в течение нескольких месяцев, симптомы развивались постепенно, снизился аппетит, появилось отвращение к мясной и молочной пище, похудел на 6 кг.

Ранее практически не болел, алкоголем не злоупотребляет. Курит с 15 лет по 1-1,5 пачки сигарет в день.

Объективно: Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. PS 88 в 1 мин., ритмичный. АД 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены равномерно, шумы не выслушиваются. Дыхание жесткое, хрипов нет. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 5 см выступает из-под реберной дуги, плотная, бугристая, безболезненная.

Какой предположительный диагноз?

Задача № 6

Больной Е., 65 лет, обратился в клинику с жалобами на нарастающую слабость, понижение аппетита, похудание, боли в правом подреберье.

Ухудшение самочувствия отмечает в течение 5-и месяцев.

Объективно: температура 36,6^{0}С. Общее состояние средней тяжести. Желтовато-серый цвет лица, тургор кожи понижен. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен бело-серым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 4 см выступает из-под реберной дуги, плотная, бугристая, безболезненная.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Доброкачественные опухоли билиарной системы
2. Доброкачественные опухоли печени
3. Диагностика опухолей поджелудочной железы
4. Дифференциальная диагностика желтух на почве гепатита, калькулезного холецистита и опухоли головки поджелудочной железы.
5. Рак поджелудочной железы. Локализация, формы роста, гистологическое строение, метастазирование.

Тема 4. Опухоли АПУД-системы и большого дуоденального сосочка

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Карциноидный синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы.
2. Карциноидный синдром. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.
3. Опухоли большого дуоденального сосочка.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Какой тип нейроэндокриновых опухолей ассоциирован с аутоиммунным гастритом
    1. тип 1
    2. тип 2

3. тип 3
4. тип 4

2. Диагностика нейроэндокринных опухолей желудка основана на проведении
1. ФГДС
2. гистологического исследования
3. гистологического исследования с применением ИГХ методов
4. ИГХ методов

4. При раке фатерова сосочка при объективном исследовании наиболее часто определяется:
1. симптом Кера
2. симптом Мак-Кензи
3. симптом Мюсси
4. симптом Курвуазье
5. симптом Менделя

18. Назовите классическую триаду карциноидного синдрома (карциноидная опухоль поджелудочной железы):
1. приступы гиперемии и приливов крови к лицу, туловищу, иногда сопровождающиеся бронхоспазмом
2. коллаптоидные реакции
3. диарея
4. развитие эндокардиального фиброза с отложением бляшек на створках трехстворчатого клапана, клапана легочной артерии и формированием недостаточности трикуспидального клапана и стеноза легочной артерии
5. приступы гиперемии и приливов крови к лицу, туловищу, иногда; диарея; развитие эндокардиального фиброза с отложением бляшек на створках трехстворчатого клапана, клапана легочной артерии и формированием недостаточности трикуспидального клапана и стеноза легочной артерии

24. Карциноид располагается
1.в слизистой оболочке
2. в подслизистом слое
3. в мышечном слое
4. в серозной оболочке
5. захватывает все слои

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:
1. Карциноидный синдром.
2. Опухоли апудсистемы
3. Опухоли большого дуоденального сосочка.

Тема 5. Клинический разбор пациента с опухолью печени

Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 6. Опухоли кишки

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Опухоли тонкой кишки.
2. Опухоли толстой кишки. Доброкачественные опухоли.
3. Рак толстой кишки. Клинические варианты течения. Современные возможности диагностики и лечения. Этиология. Патогенез. Классификация Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.
4. Анальный и ректальный полип. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому

лечению.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
7. Исследование какого органа следует произвести в первую очередь для исключения метастазов рака нижнеампулярного отдела прямой кишки:
1. печени
2. забрюшинных лимфатических узлов
3. легких
4. селезенки
8. Частота метастазирования рака ободочной кишки обусловлена:
1. локализацией опухоли
2. макроскопической формой опухоли
3. микроскопическим строением опухоли
4. степенью дифференциации клеточных элементов опухоли
9. В каком отделе ободочной кишки наиболее часто развиваются экзофитные формы опухоли:
1. левый угол ободочной кишки
2. поперечная ободочная кишка.
3. слепая и восходящая кишка
4. сигмовидная кишка.
19. У какого процента больных раком прямой кишки диагноз можно предположитьпо результатам пальцевого исследования?
1. у 20%.
2. у 40%
3. у 60%
4. у 80%

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 7
Больной, 76 лет, 3 часа назад внезапно отметил острые боли в нижних отделах живота, холодный пот, тошноту. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет он страдает запорами, иногда в кале бывает темная кровь и слизь. В последние полгода увеличилась продолжительность запоров, больной стал периодически ощущать вздутие живота. В течение последних 4 дней стула не было, перестали отходить газы. При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс - 96 уд/мин. При перкуссии живота - тимпанит, живот умеренно вздут, значительно болезненный и напряжен в нижних отделах, больше слева, там же — положительные симптомы раздражения брюшины. Какой предположительный диагноз?
Задача № 8
Больной, 86 лет, с жалобами на боли в нижних отделах живота, тошноту. Из анамнеза известно, что в течение 2 лет он страдает запорами, иногда в кале отмечает появление крови и слизи. Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, при глубокой пальпации в области слепой кишки пальпируется образование диаметром до 6 см. Какой предположительный диагноз?

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:
1. Принципы лучевой терапии злокачественных опухолей ЖКТ;
2. Значение иммуногистохимического метода в диагностике опухолей ЖКТ
3. Лимфомы желудочно-кишечного тракта

Тема 7. Клинический разбор пациента с опухолью толстой кишки
Практические навыки(проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Тема 8. Клинический разбор пациента с карциноидной опухолью
Практические навыки (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Сбор жалоб, анамнеза, объективное обследование пациента

Раздел 8. Поликлиническая гастроэнтерология

Пояснение: Для раздела составлен нумерованный список тестовых заданий, из которого для каждой темы выбраны соответствующие тестовые задания.

Тема 1. Диагностический алгоритм первичного обследования гастроэнтерологических больных
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Диагностический алгоритм первичного обследования гастроэнтерологических больных

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:

1. Лабораторные методы диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта, применяемые в амбулаторных условиях
2. Инструментальные методы диагностики заболеваний желудочно-кишечного тракта, применяемые в амбулаторных условиях
3. Физикальные методы обследования гастроэнтерологических пациентов
4. Основные симптомы и синдромы в гастроэнтерологии

Тема 2. Особенности подготовки и проведения основных лабораторно-инструментальных методов исследования желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Особенности подготовки и проведения основных лабораторных методов исследования желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях
2. Особенности подготовки и проведения основных инструментальных методов исследования желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях

Тема 3. Клинические критерии отбора больных, варианты течения заболеваний органов пищеварения, при которых возможно осуществление квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Клинические критерии отбора больных с целью осуществления квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях
2. Варианты течения заболеваний органов пищеварения, при которых возможно осуществление квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях

Тема 4. Экспертиза временной нетрудоспособности. Клинико-социальные аспекты лечения больных с гастроэнтерологической патологией в поликлинике
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Экспертиза временной нетрудоспособности

2. Клинико-социальные аспекты лечения больных с гастроэнтерологической патологией в поликлинике

Тема 5. Принципы и методы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Принципы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных
2. Методы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных

Тема 6. Желудочная диспепсия

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Причины желудочной диспепсии
2. Механизм развития желудочной диспепсии
3. Виды желудочной диспепсии
4. Алгоритм обследования больных с желудочной диспепсией
5. Принципы терапии и профилактики больных с желудочной диспепсией
6. Показания для госпитализации пациентов с желудочной диспепсией

Тема 7. Кишечная диспепсия

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Причины кишечной диспепсии
2. Механизм развития кишечной диспепсии
3. Виды кишечной диспепсии
4. Алгоритм обследования больных с кишечной диспепсией
5. Принципы терапии и профилактики больных с кишечной диспепсией
6. Показания для госпитализации пациентов с кишечной диспепсией

Тема 8. Билиарная диспепсия

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Причины билиарной диспепсии
2. Механизм развития билиарной диспепсии
3. Виды билиарной диспепсии
4. Алгоритм обследования больных с билиарной диспепсией
5. Принципы терапии и профилактики больных с билиарной диспепсией
6. Показания для госпитализации пациентов с билиарной диспепсией

Тема 9. Панкреатогенная диспепсия

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Причины панкреатогенной диспепсии
2. Механизм развития панкреатогенной диспепсии
3. Виды панкреатогенной диспепсии
4. Алгоритм обследования больных с панкреатогенной диспепсией
5. Принципы терапии и профилактики больных с панкреатогенной диспепсией
6. Показания для госпитализации пациентов с панкреатогенной диспепсией

Тема 10. Дифференциальный диагноз билиарной и панкреатогенной диспепсии в поликлинических условиях

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Дифференциальный диагноз билиарной и панкреатогенной диспепсии в поликлинических условиях
2. Алгоритм обследования больных с билиарной и панкреатогенной диспепсией

Тема 11. Дифференциальный диагноз при кишечной диспепсии
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Дифференциальный диагноз при кишечной диспепсии
2. Алгоритм обследования больных с кишечной диспепсией

Тема 12. Дифференциальный диагноз при синдроме холестаза в амбулаторных условиях
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Дифференциальный диагноз при синдроме холестаза в амбулаторных условиях
2. План обследования больных с синдромом холестаза

Тема 13. Дифференциальный диагноз при болевом абдоминальном синдроме в амбулаторных условиях
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Дифференциальный диагноз при болевом абдоминальном синдроме в амбулаторных условиях
2. План обследования больных при болевом абдоминальном синдроме

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:

1. Классификация абдоминальных болей
2. Характеристики абдоминального болевого синдрома
3. Хирургические причины болей в животе и клинические особенности при различных заболеваниях
4. Лечение при абдоминальном болевом синдроме

Тема 14. Особенности ведения пациентов с функциональными расстройствами органов желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Особенности ведения пациентов с функциональными расстройствами органов желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях
2. Методы обследования пациентов с функциональными расстройствами органов желудочно-кишечного тракта
3. Принципы лечения пациентов с функциональными расстройствами органов желудочно-кишечного тракта

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:

1. Дифференциальная диагностики функциональных и органических заболеваний желудочно-кишечного тракта

Тема 15. Особенности ведения полиморбидных больных с заболеваниями органов пищеварения в амбулаторных условиях
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Особенности ведения полиморбидных больных с заболеваниями органов пищеварения в амбулаторных условиях

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:

1. Особенности лечения полиморбидных пациентов

2. Полиморбидность и полипрагмазия

Тема 16. Принципы оказания неотложной помощи гастроэнтерологическим больным на догоспитальном этапе

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Принципы оказания неотложной помощи гастроэнтерологическим больным на догоспитальном этапе

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Неотложная помощь при желудочно-кишечном кровотечении
2. Неотложная помощь при печеночной (желчной) колике
3. Неотложная помощь при остром панкреатите
4. Неотложная помощь при остром холецистите
5. Неотложная помощь при острой кишечной непроходимости

Тема 17. Основные показания для госпитализации при различных заболеваниях органов пищеварения

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Основные показания для госпитализации при различных заболеваниях органов пищеварения

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Показания к хирургическому лечению при заболеваниях верхних отделов желудочно-кишечного тракта
2. Показания к хирургическому лечению при заболеваниях тонкой и толстой кишки
3. Показания к хирургическому лечению при заболеваниях органов гепатобилиарной системы

Тема 18. Принципы профилактики заболеваний органов пищеварения в поликлинических условиях

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Принципы профилактики заболеваний органов пищеварения в поликлинических условиях

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Нутриционная поддержка больных с патологией желудочно-кишечного тракта
2. Диета у гастроэнтерологически пациентов при различных заболеваниях

Раздел 9. Поражения органов пищеварения при других заболеваниях

Пояснение: Для раздела составлен нумерованный список тестовых заданий, из которого для каждой темы выбраны соответствующие тестовые задания.

Тема 1. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях бронхолегочной системы

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях бронхолегочной системы
2. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:

1. Бронхиальная астма и заболевания верхних отделов желудочно-кишечного тракта
2. Болезни органов пищеварения у больных хроническими обструктивными заболеваниями легких

Тема 2. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях сердечно-сосудистой системы
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы
2. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:

1. Сердечно-сосудистая патология при заболеваниях органов пищеварения
2. Сочетанные поражения пищеварительной и сердечно-сосудистой систем
3. Острые эрозивно-язвенные гастродуоденальные поражения у больных сердечно-сосудистыми заболеваниями

Тема 3. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях мочевыделительной системы
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях мочевыделительной системы
2. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:

1. Взаимосвязь патологии мочевой системы и органов пищеварения
2. Патология желудочно-кишечного тракта у пациентов с хронической почечной недостаточностью
3. Морфофункциональная и клиническая общность системы органов пищеварения и органов мочевыделения

Тема 4. Особенности поражений органов пищеварения при патологии соединительной ткани
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Особенности поражений органов пищеварительной системы при патологии соединительной ткани
2. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:

1. Патология органов пищеварения у пациентов с дисплазией соединительной ткани
2. Дисплазия соединительной ткани: основные гастроэнтерологические проявления

3. Дисплазия соединительной ткани и ее роль в развитии патологииорганов пищеварения

Тема 5. Особенности поражений органов пищеварения при эндокринной патологии
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Особенности поражений органов пищеварительной системы при эндокринной патологии
2. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:
1. Сочетанная патология органов пищеварения и эндокринной системы
2. Влияние нарушения эндокринной системы на работу желудочно-кишечного тракта

Тема 6. Особенности поражений органов пищеварения при муковисцидозе, амилоидозе и гемохроматозе
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Особенности поражений органов пищеварительной системы при муковисцидозе, амилоидозе и гемохроматозе
2. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:
1. Поражение поджелудочной железы при муковисцидозе
2. Амилоидоз печени и поджелудочной железы
3. Поражения печени при гемохроматозе: клинические проявления и диагностика

Тема 7. Поражения органов пищеварения при СПИД и туберкулезе
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Особенности поражений органов пищеварительной системы при СПИД и туберкулезе
2. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:
1. Патология органов пищеварения у вич-инфицированных пациентов
2. Туберкулезный гастрит и дуоденит
3. Туберкулез кишечника

Тема 8. Особенности поражений органов пищеварения при заболеваниях крови
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
1. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях крови
2. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
Темы презентаций:
1. Анемия и заболевания желудочно-кишечного тракта

Тема 9. Поражения органов пищеварения при профессиональных интоксикациях

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Особенности поражений органов пищеварительной системы при профессиональных интоксикациях
2. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Состояние органов пищеварения у работников вредных производств
2. Клиническая картина профессиональных токсических гепатитов
3. Лечение токсических гепатитов при профессиональных интоксикациях

Тема 10. Поражения органов пищеварения при паразитарных и глистных инвазиях

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Особенности поражений органов пищеварительной системы при паразитарных и глистных инвазиях
2. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Паразитарные заболевания печени
2. Гельминтозы органов пищеварения: проблемы диагностики и лечения

Тема 11. Поражения органов пищеварения при аллергических заболеваниях

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Особенности поражений органов пищеварительной системы при аллергических заболеваниях
2. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Темы презентаций:

1. Особенности гастроинтестинальных поражений при пищевой аллергии
2. Аллергический и алиментарный гастроэнтерит и колит

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 1

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Строение и функции пищевода. Методы исследования пищевода.
2. Ахалазия кардии. Этиология. Морфология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагноз, осложнения. Лечение.
3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Классификация. Течение и осложнения. Лечение. Показания к хирургическому лечению.
4. Пептическая язва пищевода. Эрозия пищевода. Синдром Баррета. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение и осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение.
5. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение.
6. Эзофагеальная обструкция (сужение пищевода). Компрессия пищевода. Констрикция пищевода. Стеноз пищевода. Стриктура пищевода.
7. Дискинезии пищевода. Пищевод щелкунчика. Диффузный эзофагоспазм. Кардиоспазм. Гипомоторные дискинезии.
8. Дивертикул пищевода. Пищеводный карман. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
9. Гастро-эзофагеальный разрывно-геморрагический синдром. Синдром Меллори-Вейсса. Этиология. Патогенез. Клиника. Течение. Лечение.
10. Инфекционные и лекарственные эзофагиты. Этиология. Патогенез. Клинические синдромы. Диагностика. Принципы терапии.
11. Дифференциальный диагноз при дисфагии. Программа обследования больных с дисфагией.
12. Строение и функции желудка и двенадцатиперстной кишки. Методы исследования желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностика Helicobacter pylori.
13. Функциональная желудочная диспепсия. Определение понятия. Клинические варианты неязвенной диспепсии. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения.
14. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Эрозия желудка и ДПК. Язва пептическая: пилорического канала, медиогастральная. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения. Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
15. Осложнения язвенной болезни.
16. Синдром Золингера-Эллисона. Этиология, патогенез. Особенности клиники, диагностики. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Оперативное лечение.
17. Гастрит и дуоденит острый и хронический. Хронический поверхностный гастрит. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и лечение. Хронический атрофический гастрит. Желудочная атрофия. Этиология и патогенез. Особенности клиники, диагностики и лечения. Дуоденит, острый и хронический. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение.
18. Дивертикулы желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинические проявления. Диагностика. Лечение.
19. Строение и функции тонкой и толстой кишки. Методы исследования тонкой и толстой кишки. Лабораторные методы. Копрологические синдромы. Диагностические тесты. Инструментальные методы диагностики.

20. Синдром мальабсорбции и мальдигестии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Глютеновая энтеропатия. Болезнь Уиппла.
21. Дифференциальный диагноз при диарее. Энтеральный и колитический синдром. Алгоритм диагностики при диарее.
22. Дифференциальный диагноз при запоре. Классификация запоров. Патегенетические факторы развития. Профилактика. Особенности применения различных групп препаратов. Диетолечение. Очистительные клизмы.
23. Карциноидный синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.
24. Воспалительные заболевания кишечника.
25. Заболевания прямой кишки и ануса. Проктит. Проктосигмоидит. Геморрой. Трещины анального канала. Клиническая симптоматика. Течение. Осложнения. Лечение.
26. Дивертикулярная болезнь кишечника. Течение. Осложнения. Диагностика. Консервативная терапия.
27. Псевдомембранозный колит. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Принципы диагностики, терапии и профилактики.
28. Синдром раздраженного кишечника. Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциаьный диагноз. Осложнения. Лечение.
29. Острые и хронические сосудистые заболевания кишки. Инфаркт кишечника. Мезентериальный тромбоз. Эмболия. Хронический ишемический энтерит. Ишемическая стриктура кишечника. Мезентериальный атеросклероз и сосудистая недостаточность. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.
30. Строение и функции печени и желчевыводящих путей. Методы диагностики заболеваний печени и гепатобилиарной системы (лабораторные и инструментальные). Основные лабораторные синдромы. Иммунологическая панель печени. Инструментальные методы исследования печени (диагностические возможности метода, показания, противопоказания, подготовка больных, ведение больных после исследования).
31. Дифференциальный диагноз при гепатомегалии, гепатоспленомегалии.
32. Острый вирусный гепатит (A, B, дельта, C, D, E). Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.
33. Хронические вирусные гепатиты (B, C, D). Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические синдромы. Принципы диагностики, лечения и профилактики.
34. Лекарственные поражения печени. Лекарства и поражения печени. Физиологическая роль печени в метаболизме лекарств. Нарушение фармакокинетики лекарств при болезнях печени. Гепатотоксичность лекарств. Токсическая болезнь печени с холестазом. Токсическая болезнь печени с некрозом. Токсическая болезнь печени с острым гепатитом. Другие клинико-морфологические варианты токсической болезни печени.
35. Алкогольная болезнь печени. Метаболизм этанола в печени. Системные проявления воздействия алкоголя на печень и другие органы. Клинико-морфологические варианты алкогольной болезни печени. Алкогольное жировое перерождение печени. Алкогольный гепатит. Алкогольный фиброз и склероз печени. Алкогольный цирроз печени. Алкогольная печеночная недостаточность: острая, подострая, хроническая, с или без печеночной комы.

36. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Понятие метаболического синдрома и его взаимосвязь с поражением печени. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии и профилактики.
37. Аутоиммунные заболевания печени
38. Болезни сосудов печени. Тромбоз воротной вены. Тромбофлебит воротной вены. Болезнь и синдром Бадда-Киари. Синдром Крювелье-Баумгартена.
39. Дифференциальная диагностика желтух. Доброкачественные гипербилирубинемии. Обмен билирубина. Этиология желтух. Классификация. Критерии диагностики механической, гемолитической, паренхиматозной желтухи. Синдромы Жильбера, Криглера-Найяра, Дабина-Джонсона, Ротора. Механизм развития. Критерии диагностики. Подходы к терапии.
40. Фиброз и цирроз печени. Классификация. Морфологическая характеристика. Этиология. Клиническая картина. Портальная гипертензия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Принципы диагностики, лечения. Осложнения портальной гипертензии. Критерии диагностики. Алгоритмы лечения. Течение. Осложнения: пищеводно-желудочное кровотечение. Печеночная недостаточность. Печеночная кома. Прогноз. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные принципы и методы неотложной терапии осложнений. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению больных ЦП.
41. Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Профилактика.
42. Желчнокаменная болезнь. Калькулез желчного пузыря с острым холециститом. Калькулез желчного пузыря без холецистита. Холецистолитиаз. Холелитиаз. Возвратная желчепузырная колика. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Современные концепции холелитиаза. Механизмы образования литогенной желчи. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Осложнения.
43. Холецистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения.
44. Холангит. Нисходящий, первичный, рецидивирующий, склерозирующий, вторичный, стенозирующий, гнойный. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1.1. Для начальной стадии рефлюкс-ззофагита наиболее типичным являются:
1) диффузная гиперплазия и отек слизистой пищевода
2) гиперемия и отек слизистой дистального отдела пищевода
3) геморрагические изменения в слизистой
4) зияние кардии
5) эрозивно-язвенные дефекты слизистой

1.2. «Золотой стандарт» лечения ГЭРБ:
1) Ингибиторы протонной помпы
2) Н-2-гистаминоблокаторы
3) М-холинолитики
4) Антациды
5) Спазмолитики

1.3. Отрыжка и срыгивание, возникающие при наклоне туловища, наблюдаются при аэрофагии

1) вегетативной лабильности
2) недостаточности антропилорической области
3) недостаточности кардии
4) стриктурах пищевода

1.4. Для быстрого купирования изжоги следует использовать:
1) ингибиторы протонной помпы
2) антациды и альгинаты
3) спазмолитики
4) адсорбенты
5) Н-2-гистаминоблокаторы

1.5. Внепищеводными синдромами ГЭРБ могут являться:
1) жгучие загрудинные ангинозоподобные боли
2) эрозии зубной эмали
3) ларингит
4) бронхиальная астма
5) жгучие загрудинные ангинозоподобные боли; эрозии зубной эмали; ларингит; бронхиальная астма

1.6. Пищевод Баррета – это:
1) замещение многослойного плоского неороговевающего эпителия цилиндрическим с явлениями кишечной метаплазии
2) замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским эпителием
3) эрозивно-язвенное поражение пищевода
4) аденокарцинома пищевода
5) атрофия слизистой оболочки пищевода

1.7. При лечении пищевода Баррета ИПП (ингибиторы протонной помпы) применяются:
1) в течение 4 недель
2) в течение 8 недель
3) в течении года
4) проводится непрерывная поддерживающая терапия ИПП
5) назначение ИПП нецелесообразно

1.8. При длительной терапии ИПП больным ГЭРБ с наличием инфекции Helicobacter pylori (Hp) необходимо проведение эрадикации, так как:
1) эрадикация (Hp) способствует уменьшению симптомов ГЭРБ
2) эрадикация уменьшает частоту рецидивов ГЭРБ
3) эрадикация повышает эффективность лечения ГЭРБ
4) эрадикация способствует предотвращению транслокации Hp из антрального отдела на тело желудка и тем самым уменьшает риск развития атрофического гастрита и рака желудка
5) эрадикация Hp в данном случае не показана

1.9. К рекомендациям по изменению образа жизни для больных ГЭРБ относятся:
1) избегать обильного приема пищи и не есть на ночь
2) заняться спортом
3) избегать переохлаждения
4) спать на ортопедической подушке
5) принимать антациды

1.10. Вариантами нейромышечных заболеваний пищевода являются:
1) Ахалазия кардии и диффузный эзофагоспазм
2) Ахалазия кардии и болезнь Гиршпрунга
3) Ахалазия кардии и кардиоспазм
4) Ахалазия кардии, кардиоспазм, диффузный эзофагоспазм

1.11. При псевдокоронарном (эзофагеальном) синдроме при ГЭРБ боль купирует:
1) нитроглицерин

2) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)
3) транквилизаторы
4) холинолитики
5) спазмолитики

1.12. Бронхопищеводный синдром при ГЭРБ обусловлен:
1) регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути
2) избыточной массой тела
3) дисфагией
4) спазмом пищевода
5) длительностью заболевания

1.13. Стриктура дистального отдела пищевода обычно обусловлена:
1) эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом
2) хронической пневмонией
3) язвенной болезнью желудка
4) хроническим активным пангастритом
5) склеродермией

1.14. Признаками пищевода Баррета являются:
6) язва пищевода
7) цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части
8) врожденный короткий пищевод
9) отсутствие перистальтики пищевода
10) щелочной пищевод

1.15. Какие компоненты рефлюксата создают наибольшие риски неэффективности терапии ГЭРБ:
5) лизолецитин и желчные кислоты
6) пепсин
7) соляная кислота
8) слюна

1.16. Пациент болен около 3-х лет, жалобы на затруднение прохождения пищи, регургитацию 1-2 раза в сутки, периодические боли за грудиной. Больной несколько пониженного питания, анализ крови в пределах нормы. Диагноз:
1) рак пищевода
2) ахалазия пищевода
3) рубцовая стриктура пищевода
4) эзофагит
5) дивертикул

1.17. Ведущая роль в генезе язвы дистального отдела пищевода принадлежит:
9) рефлюксу желудочного содержимого в пищевод
10) эзофагиту
11) снижению защитных свойств слизистой
12) нарушению микроциркуляции
13) нарушению регенерации

1.18. Больная 53 лет повышенного питания жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. Какой предварительный диагноз можно поставить?
1) ценкеровский дивертикул пищевода
2) хронический гастрит
3) хронический панкреатит
4) рефлюкс-эзофагит
5) рак пищевода

1.19. Ожог пищевода химическим веществом в дальнейшем приводит к:
1) рефлюкс-эзофагиту

2) гиперемии слизистой пищевода
3) стриктуре пищевода
4) метаплазии слизистой пищевода
5) пептической язве

1.20. Механизм замыкания кардии обусловлен:
1) пищеводно-кардиальным жомом (сфинктер)
2) автоматизмом кардии
3) верхней зоной повышенного давления в пищеводе
4) внутрибрюшным давлением
5) пищеводно-кардиальным сфинктером и автоматизмом кардии

2.1. Препаратами с выраженным ульцерогенным действием являются:
1. антибиотики
2. антигистаминные
3. нестероидные противовоспалительные
4. гистаминоблокаторы
5. ганглиоблокаторы

2.2. Для какой язвы характерны поздние и ночные боли:
1. язвенного эзофагита
2. язвы антрума
3. язвы дна желудка
4. язвы луковицы 12-ти перстной кишки
5. язвы кардиального отдела желудка

2.3. pH чистого желудочного сока здорового человека:
1. 0,5-0,9
2. 0,9-1,5
3. 1,5-2,0
4. 2,0-2,5
5. 2,5-3,0

2.4. При стенозе выходного отдела желудка:
1. усиливается боль в верхней половине живота
2. появляется непереносимость жиров и молочной пищи
3. появляется рвота и усиливается изжога
4. появляются поносы
5. появляется асцит и отеки нижних конечностей

2.5. При кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки:
1. предшествующая боль резко усиливается
2. боль исчезает или уменьшается
3. появляется сухость и горький вкус во рту
4. боль иррадиирует в спину
5. боль иррадиирует а прекардиальную область

2.6. При пилоробульбарных язвах зона болезненности определяется:
1. в области мечевидного отростка
2. в околопупочной области
3. в эпигастральной области справа
4. в эпигастральной области слева
5. на 5-7 см выше пупка справа

2.7. К симптоматическим язвам желудка относятся:
1. стрессовые язвы
2. лекарственные язвы
3. при обширных ожогах (язвы Карлинга)
4. при синдроме Золлингера-Эллисона
5. стрессовые язвы; лекарственные язвы; при обширных ожогах (язвы Карлинга);

при синдроме Золлингера-Эллисона

2.8. Какой метод диагностики язвенной болезни желудка наиболее достоверный?

1. рентгеноскопия
2. гастрофиброскопия
3. ультразвуковое исследование
4. лапароскопия
5. рентгенография

2.9. Осложнениями язвенной болезни желудка НЕ является:

1. перфорация
2. пенетрация
3. стеноз привратника
4. кровотечение
5. синдром мальабсорбции

2.10. При каких заболеваниях развивается гистамин-рефрактерная ахлоргидрия:

1. хронический поверхностный гастрит
2. хронический атрофический гастрит
3. гастродуоденит
4. язвенный стеноз привратника
5. язвенная болезнь желудка

2.11. Какой продукт обладает антацидным свойством:

1. бульон
2. капустный сок
3. крепкий чай
4. творог
5. кофе

2.12. Какие препараты НЕ назначаются при хроническом гастрите с повышенной секреторной функцией:

1. но-шпа
2. плантаглюцид
3. викалин
4. альмагель
5. лимонтар

2.13. Наиболее частой гистологической формой рака желудка служит:

1. аденокарцинома
2. скирр
3. солидный рак
4. плоскоклеточный рак
5. недифференцированный рак

2.14. Какой из перечисленных гастритов относят к болезни Менетрие?

1. интерстициальный
2. атрофический
3. полипозный
4. гигантский гипертрофический
5. атрофически-гиперпластический

2.15. Предраковыми формами гастрита являются все, КРОМЕ:

1. атрофический гастрит
2. гиперпластический гастрит
3. полипозный гастрит
4. эрозивный гастрит
5. гастрит с кишечной метаплазией

2.16. Наиболее частой причиной гранулематозного гастрита является:

1. кампилобактерии

2. болезнь Крона
3. алиментарный фактор
4. целиакия
5. ни один из перечисленных факторов

2.17. Лимфоцитарный (эрозивный, «вариолоформный») гастрит наиболее часто связан с:
1. хеликобактерной инфекцией
2. целиакией
3. вирусной инфекцией
4. болезнью Крона
5. алиментарным фактором

2.18. Инфицирование гастродуоденальной слизистой оболочки пилорическим хеликобактером обычно сопровождается:
1. снижением секреции гастрина
2. ахлоргидрией
3. диффузной атрофией главных желез желудка
4. развитием антрального гастрита
5. недостаточностью кардии

2.19. Пептическую язву пищевода следует дифференцировать с:
1. изъязвленным раком
2. лейомиомой
3. саркомой
4. дивертикулом пищевода

2.20. Синдром приводящей петли развивается после операции:
1. резекции желудка по Бильрот I
2. резекции желудка по Бильрот II
3. селективной проксимальной ваготомии
4. СПВ и пилоропластики
5. стволовой ваготомии

3.1. Наиболее ранним и постоянным признаком болезни Крона является:
1. боль в животе
2. лихорадка
3. примесь крови в кале
4. диарея
5. примесь гноя в кале

3.2. Запоры характерны для:
1. хронического гастрита со сниженной секреторной функцией
2. болезни оперированного желудка
3. хронического энтерита
4. спру
5. болезни Уиппла
6. язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

3.3. Критерии, исключающие диагноз СРК:
1. наличие ночной симптоматики
2. наличие анемии
3. прогрессирующее похудание
4. наличие ночной симптоматики; наличие анемии; прогрессирующее похудание

3.4. Симптоматический запор встречается:
1. при язвенной болезни
2. при дивертикулезе толстой кишки
3. при гипотиреозе
4 при язвенной болезни; при дивертикулезе толстой кишки; при гипотиреозе

3.5. Что характерно для язвенного колита из перечисленных изменений в периферической

крови?

1. замедление СОЭ
2. эритроцитоз, ретикулоцитоз
3. ускорение СОЭ
4. гипертромбоцитоз
5. лйкопения

3.6. В клинику поступил больной 62 лет с жалобами на выделение крови из ануса, сильное похудание, периодические запоры. Какой метод исследования можно применить для уточнения диагноза в первую очередь?

1. ирригоскопия
2. ректороманоскопия
3. колоноскопия
4. пальцевое исследование прямой кишки
5. антеградный пассаж бария по кишечнику

3.7. Какое воспаление по гистологическим данным при болезни Крона:

1. поверхностное воспаление, сплошное, с криптами и абсцессами
2. трансмуральное, с наличием гранулем, ассиметричное, прерывистое
3. хроническое неспецифическое воспаление
4. эозинофильное воспаление

3.8. К механизмам нарушения всасывания относятся:

1. уменьшение общей всасывательной поверхности
2. ускорение моторной функции
3. нарушение мезентериального кровотока
4. структурные изменения слизистой оболочки
5. уменьшение общей всасывательной поверхности; ускорение моторной функции; нарушение мезентериального кровотока; структурные изменения слизистой оболочки

3.9. Клинические признаки колитического синдрома все, КРОМЕ:

1.частый, до 10 раз в сутки стул
2.тенезмы
3.скудный стул, со слизью и кровью
4. обильный стул
5. схваткообразные боли в нижне-боковых отделах живота

3.10. Какая часть кишки чаще всего поражается при НЯК, с которой, как правило, начинается воспаление:

1. подвздошная
2. прямая
3. сигмовидная
4. поперечно-ободочная
5. слепая

3.11. Поддерживающая терапия целиакии включает в себя:

1. аглютеновую диету
2. ферменты
3. витамины
4. в тяжелых случаях - малые дозы глюкокортикоидов
5. аглютеновую диету; ферменты; витаминыв тяжелых случаях - малые дозы глюкокортикоидов

3.12. При дивертикулезе толстой кишки встречаются следующие осложнения

1. перфорация
2. кровотечение

3. дивертикулит
4. тромбозы
5. 1,2 и 3

3.13. Какой из клинических признаков наиболее часто сочетается с раком слепой кишки?
1. кишечный дискомфорт
2. кишечная непроходимость
3. наличие пальпируемой опухоли
4. анемия
5. субфебрилитет

3.14. Эндоскопическими критериями поражения толстой кишки при неспецифическом язвенном колите НЕ являются:
1. гиперемия и отёк слизистой оболочки
2. контактная ранимость и кровоточивость
3. поверхностные дефекты слизистой оболочки
4. глубокие щелевидные язвы
5. поверхностное сплошное воспаление

3.15. В каком случае уменьшается диаметр кишки обычно в сочетании с плотной консистенцией и болезненностью:
1.спайки между кишкой и задней брюшной стенкой вследствие перенесенного воспаления или опухоли
2.спазм гладкой мускулатуры кишки
3.большое количество газов в кишке
4.переполнение кишки жидким содержимым
5.воспалительный процесс в кишке, особенно в серозной оболочке

3.16. Какой признак НЕ ХАРАКТЕРЕН для язвенного колита:
1. боли
2. поносы
3. запоры
4. наличие крови в кале
5. рвота

3.17. Целиакия характеризуется непереносимостью:
1. пшеницы
2. риса
3. гречи
4. овса
5. 1,4

3.18. Клинические признаки синдрома мальабсорбции:
1. диарея
2. истощение
3. анемия
4. боли в костях, патологические переломы
5. диарея; истощение; анемия; боли в костях, патологические переломы

3.19. Целиакии наиболее часто сопутствует кожное заболевание:
1. псориаз
2. герпетиформный дерматит
3. атопический дерматит
4. пемфигоид
5. пузырчатка

3.20. Для энтерального копрологического синдрома особенно характерно наличие:
1. слизи
2. нейтрального жира

3. крови
4. йодофильной флоры
5. лейкоцитов

3.21. Дефицит массы тела характерен для:
1. хронического энтерита
2. хронического колита

3.22. Какие изменения в копрограмме не типичны для хронического энтерита?
1. полифекалия
2. консистенция жидкая или полужидкая
3. цвет соломенно-желтый, золотистый, зеленовато-коричневый
4. стеаторея
5. прожилки крови

4.1. Билирубинурия встречается при:
1) гемолитической желтухе
2) обтурационной желтухе
3) паренхиматозной желтухе
4) острой почечной недостаточности
5) опухоли почки

4.2. Болезнь Жильбера сопровождается следующими нарушениями лабораторных показателей
1) гипербилирубинемия за счет конъюгированного билирубина
2) гипербилирубинемия за счет неконъюгированного билирубина
3) гиперуробилинурия
4) повышение сывороточных аминотрансфераз
5) повышение щелочной фосфатазы

4.3. Какие из нижеперечисленных исследований являются наиболее информативными в диагностике желчнокаменной болезни?
1) радионуклидное исследование
2) термография
3) лапароскопия
4) ультразвуковая эхолокация
5) гепатосцинтиграфия

4.4. Подпеченочная желтуха характеризуется:
1) гиперуробилинурией
2) нарастанием сывороточных аминтрансфераз
3) увеличением гамма-глобулинов
4) повышением показателей тимоловой пробы
5) гипербилирубинемией

4.5. Симптом Ортнера-Грекова характерен для:
1) жировой инфильтрации печени
2) обострения калькулезного холецистита
3) лямблиоза
4) гипотонии сфинктера Одди
5) нарушения холесекрегорной функции печени

4.6. В патогенезе холецистита наиболее существенную роль играют:
1) хронический гепатит
2) снижение холатообразовательной функции печени
3) инфекционный процесс в желчных путях
4) гиперкинетическая дискинезия желчного пузыря
5) гипертония сфинктера Одди

4.7. В чем заключается основной принцип регуляции тонуса сфинктера Одди:
1) сокращение сфинктера в ответ на повышение давления в желчном пузыре

2) сокращение сфинктера в ответ на снижение давления в желчном пузыре
3) расслабление сфинктера в ответ на повышение давления в желчном пузыре
4) расслабление сфинктера в ответ на снижение давления в желчном пузыре

4.8. В клинической картине постхолецистэктомического синдрома наиболее часто отмечается:
1) астеноневротический синдром
2) гипертензивный синдром
3) диспептический синдром
4) синдром мальабсорбции
5) демпинг-синдром

4.9. В диагностике синдрома Жильбера основное значение имеет:
1) гепатомегалия
2) нарушение функциональных проб печени
3) стойкая гипербилирубинемия
4) спленомегалия
5) астенический синдром

4.10. При хроническом холецистите ведущим синдромом в клинике является:
1) астеноневротический
2) желтухи
3) гепатолиенальный
4) лихорадочный
5) болевой

4.11. Основные клинические симптомы, встречающиеся при заболеваниях желчевыводящих путей все, кроме:
1) болевой
2) диспептический
3) астено-вегетативный
4) дисфагический
5) холестатический

4.12. Симптом Кера определяется как:
1) болезненность при поколачивании по правой реберной дуге
2) болезненность при глубокой пальпации области желчного пузыря
3) болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы справа
4) усиление болезненности при глубокой пальпации области желчного пузыря на высоте глубокого вдоха
5) болезненность в точке пересечения правой реберной дуги и наружного края прямой мышцы живота

4.13. Назовите наиболее информативный метод диагностики ЖКБ:
1) обзорная рентгенография живота
2) УЗИ органов брюшной полости
3) дуоденальное зондирование
4) биохимическое исследование крови (билирубин, щелочная фосфатаза, ГГТП, холестерин)
5) ФГДС

4.14. К пузырным симптомам относятся:
1) симптомы Ортнера и Волковича
2) френикус-симптом и симптом «кровавой росы»
3) симптомы Мерфи и Поргеса
4) симптом Поргеса
5) симптомы Ортнера, Мерфи и френикус-симптом

4.15. Выберите основную причину дисфункции сфинктера Одди:

1) нарушение функции вегетативной нервной системы
2) операции на желудке
3) снижение выработки мотилина
4) холецистэктомия
5) злоупотребление алкоголем

4.16. «Золотой стандарт» диагностики холедохолитиаза:
1) УЗИ брюшной полости
2) эндоскопическое УЗИ
3) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
4) пероральная холецистография
5) КТ брюшной полости

4.17. При начальной стадии фиброза печени может выявляться следующий синдром:
1) Портальная гипертензия
2) Геморрагический синдром
3) Астеновегетативный синдром
4) Лихорадка
5) Печеночно-клеточная недостаточность

4.18. Наиболее оптимальным неинвазивным методом инструментальной диагностики фиброза печени является:
1) УЗИ печени
2) Биопсия печени
3) Сцнтиграфия печени
4) Геогепатография
5) УЗИ-эластография печени

4.19. Укажите ключевой диагностический признак спазма панкреатической части сфинктера Одди:
1) билиарная боль
2) задокументированные приступы острого панкреатита в анамнезе
3) наличие образования в головке поджелудочной железы
4) наличие билиарного сладжа
5) наличие ЖКБ

4.20. Калькулезный холецистит может иметь осложнения:
1) гастродуоденальное кровотечение
2) панкреонекроз
3) стеноз фатерова сосочка
4) дисфункция сфинктера Одди
5) панкреонекроз и гнойный холангит

4.21. Развитию желчекаменной болезни в наибольшей степени способствует:
1) гипомоторная дискинезия желчного пузыря
2) курение
3) злоупотребление алкоголем
4) малая физическая активность
5) наркомания

4.22. Болезненность при надавливании на правый диафрагмальный нерв между ножками грудино–ключично–сосцевидной мышцы называется:
1) симптом Мерфи
2) симптом Кера
3) симптом Грекова–Ортнера
4) симптом Георгиевского–Мюсси
5) симптом Пастернацкого

4.23. При гиперфункциональной дискинезии желчевыводящих путей используют следующие лекарственные препараты:

1) холеретики
2) холекинетики
3) миотропные спазмолитики
4) антибиотики
5) препараты уродеоксихолевой кислоты

4.24. Симптомы, характерные для печеночной комы при циррозе печени:
1) уменьшение размеров печени
2) “синдром лакированных губ”
3) желтуха
4) геморрагии
5) лихорадка

4.25. Укажите препарат, противопоказанный для купирования приступа желчной колики:
1) атропин
2) папаверин
3) нитроглицерин
4) морфин
5) баралгин

4.26. Хроническим холециститом чаще болеют:
1) Мужчины и женщины среднего возраста.
2) Женщины среднего возраста.
3) Мужчины среднего возраста.
4) Пожилые люди.
5) Все одинаково часто болеют.

4.27. Этиологический фактор развития хронического холецистита:
1) Аномалии строения желчного пузыря.
2) Нарушение моторики тонкой кишки.
3) Психоэмоциональные нарушения.
4) Инфицирование желчи.
5). Нарушения диеты.

4.28. Синдромы хронического холецистита:
1) Болевой.
2) Диспептический.
3) Воспалительный.
4) Холестатический.
5) Болевой, диспептический, воспалительный и холестатический.

4.29. Симптом Кера — это болезненность при:
1) Пальпации правого подреберья.
2) Поколачивании по правой реберной дуге.
3) Поколачивании по левой реберной дуге.
4) Поколачивании по правому подреберью.
5) Пальпации в зоне желчного пузыря при вдохе.

4.30. Симптом Грекова–Ортнера — это болезненность при:
1) Пальпации правого подреберья.
2) Поколачивании по правой реберной дуге.
3) Поколачивании по левой реберной дуге.
4) Поколачивании по правому подреберью.
5) Пальпации в зоне желчного пузыря при вдохе.

4.31. Атипичные формы хронического холецистита — это:
1) Гастралгическая, эзофагалгическая, кишечная.
2) Панкреатическая, эзофагалгическая, кишечная.
3) Кардиалгическая, эзофагалгическая, кишечная.
4) Кардиалгическая, эзофагалгическая, гепаталгическая.

5) Кардиалгическая, плевралгическая, кишечная.

4.32. Лабораторные критерии синдрома холестаза:

1) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, АСТ, АЛТ.

2) Повышение уровней общего и непрямого билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы.

3) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, ЛДГ.

4) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, КФК.

5) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы.

4.33. Основным инструментальным методом диагностики хронического холецистита является:

1) Дуоденальное зондирование.

2) Эзофагогастродуоденоскопия.

3) УЗИ органов брюшной полости.

4) Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.

5) Магнитно-резонансная холангиопанкреатография.

4.34. Холеретики — это:

1) Средства, назначаемые при воспалительном процессе в желчном пузыре.

2) Средства, стимулирующие всасывание холестерина в кишечнике.

3) Средства, усиливающие сокращение желчного пузыря.

4) Средства, стимулирующие образование желчи.

5) Средства, назначаемые при повышенной литогенности желчи.

4.35. Холекинетики — это:

1) Средства, назначаемые при воспалительном процессе в желчном пузыре.

2) Средства, стимулирующие всасывание холестерина в кишечнике.

3) Средства, усиливающие сокращение желчного пузыря.

4) Средства, стимулирующие образование желчи.

5) Средства, назначаемые при повышенной литогенности желчи.

4.36. Выберите наиболее частую этиологию хронических гепатитов.

1) Аутоиммунная.

2) Лекарственная.

3) Вирусная.

4) Обменная.

4.37. «Золотым стандартом» диагностики хронических вирусных гепатитов является выявление…

1) Признаков хронического воспаления ткани печени по данным биопсии.

2) Сывороточных маркеров вирусов гепатита B, C, D.

3) Диффузных изменений печени на ультразвуковом исследовании.

4) Фиброза печени по данным фиброэластометрии.

4.38. Наиболее чувствительным и специфичным сывороточным маркером хронического употребления алкоголя является…

1) Углеводдефицитный трансферрин.

2) Средний объем эритроцита.

3) Уровень АСТ.

4) Уровень гамма-глутамилтранспептидазы.

4.39. Укажите сывороточный критерий репликации вируса гепатита В.

1) Анти-HCV-антитела.

2) ДНК вируса гепатита В < 103 МЕ/мл.

3) Анти-HBe-антитела.

4) HbeAg.

4.40. Укажите препараты, применяемые в качестве стандартной терапии первой линии при аутоиммунном гепатите.

1) Будесонид и азатиоприн.
2) Микофенолата мофетил и такролимус.
3) Преднизолон и азатиоприн.
4) Циклоспорин и такролимус.

4.41. Назовите класс препаратов, являющийся основой современной терапии вирусного гепатита С.

1) Ингибиторы обратной транскриптазы.
2) Противовирусные препараты прямого действия.
3) Стероидные противовоспалительные препараты.
4) Ингибиторы бета-лактамаз.

4.42. Выберите правильное утверждение, характеризующее алкогольный стеатогепатит.

1) Представляет собой необратимую стадию алкогольной болезни печени.
2) Протекает бессимптомно и является случайной находкой.
3) Характеризуется нарушением архитектоники печени по данным гистологического исследования.

4) Развивается у 1 из 5 алкоголиков.

4.43. При выявлении антител к микросомам печени и почек 1-го типа (анти-LKM) ставится диагноз…

1). Аутоиммунного гепатита 2-го типа.
2). Алкогольного стеатогепатита.
3) Хронического вирусного гепатита В.
4) Лекарственного гепатита.

4.44. Генетически детерминированную индивидуальную непереносимость препарата, лежащую в основе многих лекарственных гепатитов, называют…

1) Токсическим действием.
2) Идиосинкразией.
3) Гиперчувствительностью немедленного типа.
4) Аллергией.

4.45. Выберите препарат первой линии для лечения вирусного гепатита В.

1) Софосбувир.
2) Преднизолон.
3) Адеметионин.
4) Пэгинтерферон.

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 1.1

Больной С., 69 л., жалуется на затруднение прохождения пищи по пищеводу, усиливающееся при нервной нагрузке и при определенных видах пищи. Также беспокоят боли за грудиной.

Из анамнеза жизни: курит, часто употребляет алкоголь, питание нерегулярное, всухомятку.

Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования
3. План лечения

Задача № 1.2

Больной П., 38 л. жалуется на жгучие боли в нижней части грудины, через 30 мин после

еды, ежедневные, отрыжку кислым. Более 5 лет отмечает изжогу, жгучие загрудинные боли, усиливающиеся в горизонтальном положении, после обильной еды. Из анамнеза жизни: курит, часто употребляет острую пищу. Объективно: состояние удовлетворительное. Больной повышенного питания. Язык влажный, обложен у корня. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии при наклоне вперед. По остальным органам – без особенностей.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз
3. Лечебная тактика

Задача № 1.3

Больной С., 36 л., жалуется на периодически возникающие загрудинные боли, периодически отрыжку с гнилостным привкусом и запахом. Данные жалобы появились около года назад и стали постепенно усиливаться и учащаться.

Из анамнеза жизни: не курит, часто не употребляет, питание нерегулярное, всухомятку.

Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования
3. План лечения

Задача № 2.1

Женщина А. 32 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на общую слабость, периодическую боль в эпигастральной области. Из анамнеза известно, что данные жалобы беспокоят в течение 1 месяца. За медицинской помощью не обращалась. Терапию не получала. Также около 2 месяцев принимает препараты железа по поводу анемии легкой степени. У отца – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Объективно: Температура тела 36, 6 С. ИМТ = 21.5 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледны. Пульс 76 уд/мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье и эпигастральной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул последний раз был 2 дня назад плотной консистенции темно-коричневого цвета. В клиническом анализе крови: гемоглобин 89 г/л, микроцитоз, гипохромия, СОЭ 9 мм/час. В биохимическом анализе крови в пределах нормы. Ваш план обследования, диагноз.

Задача № 2.2

Женщина 36 лет обратилась к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на ноющие, режущие боли в эпигастральной области через 1.5 часа после приема пищи, часто по ночам и натощак. Также беспокоит изжога и отрыжка кислым. В течение 5 лет, осенью, отмечает появление ноющих болей в эпигастрии. Самостоятельно принимает фосфалюгель. 4 года назад проводилась 7-дневная эрадикационная терапия. Контроль эффективности не оценивался. Из анамнеза жизни известно, что длительное время курит по 1/2 пачке в день. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 22.9 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 уд/мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Язык умеренно влажный без налета. Живот мягкий, выраженная болезненность в эпигастрии справа. Там же – положительный симптом Менделя. Ваш план обследования.

Задача № 2.3
Женщина 64 лет обратилась к гастроэнтерологу в поликлинику по месту жительства с жалобами на чувство раннего насыщения, дискомфорт в верхнем отделе живота, ощущения горечи и кислоты в ротовой полости преимущественно в вечерние часы. Со слов длительное время (более 25 лет) страдает диагнозом «хронический гастрит». Наблюдалась у терапевта, гастроэнтеролога. Неоднократно выполнялось ФГДС с обнаружением полных эрозий в антральном отделе желудка. Со слов 3 года назад выполнялась эрадикационная терапия инфекции Helicobacterpylori без последующего контроля. Схему эрадикационной терапии не помнит. Последний раз была на консультации гастроэнтеролога 3 месяца назад по поводу жжения и дискомфорта в верхнем отделе живота. Последняя терапия: новобисмол, нексиумв течении 1 месяца. Из анамнеза жизни известно, что наследственность отягощена по раку желудка у отца. На протяжении длительного времени страдает ГБ, варикозным расширением вен нижних конечностей. На постоянной терапии получает периндоприл, гидрохлортиазид, розувастатин. Прием НПВП и аспирина отрицает. Последние обследования. В биохимическом анализе крови в пределах референса. В клиническом анализе крови: гемоглобин 112 г/л, микроцитоз, гипохромия, СОЭ 31 мм/час остальные показатели в норме. ФГДС. Эрозивный антральный гастрит, поверхностный дуоденит, дуоденогастральный рефлюкс, подслизистое образование тела желудка до 4 мм в диаметре? Очаговая атрофия желудка. УЗИ ОБП: диффузные изменения печени и поджелудочной железы по типу стеатоза. Гастроэнтерологом рекомендовано выполнение гастропанели. Результаты: Пепсиноген 1 - 11.3 мкг/л (30-160), пепсиноген 2 – 9.0 мгк/л (3-15), Пепсиноген 1/пепсиноген 2 - 1.0 (3-20), гастрин 17 (базальный) 19.8 пмоль/л (1-7), антитела к HP 41.8 (> 30 ед – положительно). Объективно: Температура тела 36, 6 С. ИМТ = 26.5 кг/м2. Пульс 96 уд/мин, АД 145/90 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. При поверхностной и глубокой пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 2.4
Пациент В. 29 лет, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на ежедневный дискомфорт и периодическую боль в эпигастральной области. Данные симптомы беспокоят уже около 8 месяцев. Не обследовался, не лечился. Периодически принимал ферменты с незначительным положительным эффектом. В связи с сохранением жалоб обратился к терапевту. При обследовании в клиническом анализе крови без патологии, уровень СРБ не повышен, глюкоза, АЛТ, АСТ, в пределах нормы. УЗИ ОБП: Диффузные умеренные изменения паренхимы печени по типу стеатоза. Диффузные умеренные изменения паренхимы поджелудочной железы. ФГДС: НК. Эрозивный бульбит. По результатам ФГДС направлен к гастроэнтерологу. Объективно: Температура тела 36,5 С. ИМТ = 25.6 кг/м2. Пульс 100 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. При поверхностной и глубокой пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, желтого цвета, безболезненно. Стул оформленный, коричневого цвета без видимой крови и слизи, через день. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 2.5
Мужчина К., 29 лет обратился к гастроэнтерологу по рекомендациям терапевта. Активно жалоб не предъявляет. Аппетит сохранен. Вес набирает. Из анамнеза заболевания известно, что при прохождении медицинского осмотра по данным ФГДС обнаружена недостаточность кардии, антральная эрозивная гастропатия. Признаки ДЖВП. По данным УЗИ ОБП: диффузные изменения поджелудочной железы. В клиническом и

биохимическом анализе крови без отклонений. Пациент длительное время курит, алкоголем не злоупотребляет. Питается регулярное, 4-5 раз в день, отмечает пристрастие к острой и соленой пище. Объективно: Температура тела 36, 6 С. ИМТ = 31.3 кг/м2. Пульс 88 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. При поверхностной и глубокой пальпации безболезненный во всех отделах, затруднен для пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, желтого цвета, безболезненное. Стул оформленный, коричневого цвета без видимой крови и слизи до 2х раз в сутки. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации. Какие факторы риска имеются у пациента, усугубляющие течение заболевания?

Задача № 2.6
Больная Х. 27 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на кислый привкус во рту, периодическую боль в эпигастральной области тупого и режущего характера с иррадиацией в левое подреберье, которая усиливается после приема пищи (мясная и жирная пища) через 1,5 часа, а также натощак. Боль периодически купируется темпалгином, ношпой или омепразолом. С актом дефекации боль не связана. Также отмечает периодическую тошноту, отсутствие аппетита. Из анамнеза известно, что считает себя больной в течение 4 месяцев, когда на фоне благополучия проявились вышеописанные боли. За медицинской помощью не обращалась. Лечилась самостоятельно НПВП (темпалгин) с периодическим эффектом до 2 таблеток в день, ношпой и омепразом с кратковременным эффектом (однократный прием). Данные приступы возникают 2 раза в неделю. Стул через день, оформленный, без патологических примесей. Последний приступ был 2 дня назад, когда отметила появление общей слабости, тумана перед глазами, тошноты и сжимающих болей в животе, а также послабление кашицеобразного темно-коричневого цвета. Повышения температуры и рвоты не было. Вызвала СМП, оказана симптоматическая терапия. Диагноз: острый гастроэнтероколит. Рекомендовано обратиться в поликлинику по м/ж и прием омепразола по 1 капсуле 1 раз в день. Объективно: Температура тела 36, 7 С. ИМТ = 29.3 кг/м2. Пульс 105 уд/мин, АД 100/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации умеренная болезненность в эпигастральной, в левой и правой подреберной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул плотный, темно-коричневый, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 2.7
Мужчина К. 35 лет обратился с жалобами на тупые боли в эпиагастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, во время сна, уменьшающиеся после приема соды и молока. Также отметил 2 раза рвоту пищей, кислым содержимым, приносящая облегчение. Считает себя больным в течении 7 лет, когда периодически стали беспокоить изжога и дискомфорт в эпигастральной области, стихающие после приема антацидов. Впоследствии боли возникали постоянно в весенне-осенний период. Настоящее ухудшение отметил последние 2 недели, когда появились вышеописанные жалобы. Возникающая рвота на высоте болей заставила обратился за медицинской помощью. Примесь крови в рвотных массах, черного дегтеобразного стула отрицает. Хронические заболевания отрицает. Курит по полпачки в день, алкоголь употребляет по праздникам. Аллергических реакций не было. Объективно: Температура тела 36,5 С. ИМТ = 25.6 кг/м2. Пульс 78 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в пилородуоденальной зоне, умеренная разлитая болезненность в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется.

Мочеиспускание свободное, желтого цвета, безболезненно. Стул плотный, отсутствует 2 дня. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 3.1
Больная, 54 лет, обратилась в поликлинику. Жалобы на: боли в левой подвздошной области тянущего характера, склонность к запорам. Стул через день, иногда через 2. Подобные боли периодически беспокоят последний год, как правило, в связи с задержкой стула. Поводом для обращения стал совет врача гинеколога, поскольку была отмечена выраженная болезненность при вагинальном исследований. Анамнез жизни без особенностей. Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Язык влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень по краю рёберной дуги, пальпируемых образований в брюшной полости не определяется. Какие лабораторные и инструментальные методы диагностики необходимы для постановки диагноза?

Задача № 3.2
Пациентка, 20 лет. Жалобы на: ноющие боли в околопупочной области, вздутие живота после еды, обильный кашицеобразный стул до 3-5 раз в сутки, снижение массы тел на 5 кг за год. Считает себя больной с детства, когда появилась периодическая ноющая боль в околопупочной области живота, обильный жидкий стул до 2-3 раз в сутки, усиливающаяся после приема в пищу хлебобулочных, макаронных изделий. Последнее время отмечает ухудшение состояния, усиление боли в животе, учащения стула до 5-6 раз. В детстве болела рахитом, отставала в физическом развитии. Состояние средней степени тяжести. Индекс массы тела 17,2 кг/м^2, кожные покровы бледные, голени отечные. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в околопупочной области. Какой инструментальный метод исследования необходим для верификации диагноза?

Задача № 3.3
Пациент, 56 лет. Жалобы: учащение стула до 6-8 раз в сутки без патологических примесей. Считает себя больным более 5 лет, когда впервые появилась общая слабость, лихорадка до 38,4°С, потеря аппетита, головокружение, артралгии коленных, голеностопных, лучезапястных суставов, которые носили приступообразный, летучий характер. Рецидивы боли по 3-4 раза в неделю, особенно в холодную сырую погоду. Иногда пораженные суставы были болезненными и припухшими. Пациент обследован ревматологом и онкологом. Был поставлен диагноз палиндромного ревматизма. Получал нимесулид с хорошим эффектом. Спустя 4 года присоединилась диарея. За последние 3 месяца похудел на 18 кг. Состояние средней степени тяжести. Индекс массы тела 17,3 кг/м2. Температура тела 38,5 °С. Пальпируются подмышечные шейные, паховые лимфоузлы размером не более 5 мм, подвижные, безболезненные, эластичной консистенции. Суставы визуально не изменены, движения в полном объеме. Живот вздут, симметричный. При пальпации определяется локальная мышечная защита и болезненностью в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличена. По данным гастроскопии выявлены недостаточность кардии, очаговый гастрит. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные изменения печени, мочекаменная болезнь. Наиболее вероятный диагноз? Обоснование?

Задача № 3.4
Пациентка, 43 лет, на осмотре у врача. 3 месяца назад по поводу острого пиелонефрита больная получала антибиотики широкого спектра действия, достигнута ремиссия. Однако спустя примерно месяц появились метеоризм, дискомфорт в мезогастрии, неустойчивый стул до 3-4 раз в сутки. Постепенно неустойчивый стул трансформировался в диарею, частота которой спонтанно варьировала от 5- 6 до 10-12 раз в сутки. Понос сопровождался

ложными и императивными позывами, отделением слизи. Около недели назад присоединилась субфебрильная лихорадка. Больная госпитализирована в стационар. Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,8 °С. Живот вздут. При пальпации определяется локальная болезненность и мышечная защита в мезогастрии и левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Наиболее вероятный диагноз? Какой инструментальный метод нужен для его подтверждения?

Задача № 3.5
Женщина, 30 лет, на приеме участкового врача терапевта жалуется на “выкручивающие” боли в животе, чаще в левой подвздошной области, возникающие на фоне стрессовых и конфликтных ситуаций, обычно во 2 половине дня, уменьшающиеся или исчезающие после дефекации; на тянущие боли, дискомфорт в животе без определённой локализации, возникающие обычно после обеда, сопровождающиеся вздутием живота и проходящие после отхождения газов или приема сорбентов; на головные боли, возникающие во 2 половине дня. С 27 лет на фоне конфликтных ситуаций на работе появились послабления стула и учащение дефекации до 3-4 раз в день. Клинически значимых отклонений при объективном обследовании не выявлено. Лабораторные исследования и колоноскопия отклонений от нормы не показали. Какой диагноз Вы сформулируете? Какие группы препаратов необходимы назначить?

Задача № 3.6
У больного 55 лет появился частый стул - до 20-30 раз в сутки, с примесью крови и слизи, температура 38,0°С, боли в левой подвздошной области, которые усиливаются при позывах к дефекации. Бактериологическое исследование кала: патогенной флоры, простейших, яиц гельминтов не выявлено. Ректороманоскопия - слизистая оболочка резко гиперемирована, отечная, имеются поверхностные, разных размеров кровоточащие язвы. При рентгенографии: складки слизистой оболочки утолщены, умеренное диффузное расширение кишки, циркулярные спастические сокращения. Ваш диагноз?

Задача № 3.7
Пациентка, 34 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога. Жалобы на боль в нижних отделах живота, спастического характера, усиливающуюся через полтора часа после еды, в том числе ночью, уменьшающуюся после акта дефекации; вздутие живота; полуоформленный стул 2 раза в день с примесью крови; общую слабость; периодически возникающую боль в коленных суставов. Два года назад впервые появилась ноющая боль в животе, кашицеобразный стул. Самостоятельно принимала спазмолитики, НПВС без значимого эффекта. Обратилась к врачу, когда появилась кровь в стуле. Нормостеник, температура 36,5°С. Живот мягкий, умеренно вздут при пальпации, болезненный в правой и левой подвздошной областях. Колоноскопия: баугиниева заслонка зияет, в куполе слепой кишки множественные до 0,5 см щелевидные язвы, в восходящей ободочной кишке множественные язвы неправильной формы, покрытые фибрином, полиповидные образования. В нисходящей кишке множественные глубокие язвы, чередующиеся с неповрежденной слизистой. Морфологическое исследование: полиповидное фрагменты гиперплазии слизистой толстой кишки с выраженной клеточной инфильтрацией собственного слоя, изъявлениями. Диагноз?

Задача № 3.8
Больная, 57 лет, обратилась в поликлинику. Жалобы на: боли в левой подвздошной области тянущего характера, склонность к запорам (стул через 1-2 дня). Подобные боли периодически беспокоят последний год, как правило, в связи с задержкой стула. Поводом для обращения стал остро возникший накануне кратковременный приступ боли в животе с метеоризмом после употребления порции винегрета. Анамнез жизни без особенностей.

Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Язык влажный. Живот мягкий. Болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень по краю рёберной дуги, пальпируемых образований в брюшной полости не определяется. При колоноскопии выявлены дивертикулы нисходящей и сигмовидной кишки без признаков дивертикулита. Какая группа слабительных предпочтительна для назначения таким пациентам? Какие антибактериальные средства назначают для курсовой терапии при дивертикулярной болезни?

Задача № 3.9
У больной 40 лет, страдающей дивертикулезом ободочной кишки, возникли боли в левой подвздошной области, поднялась температура до 39°С, отмечалась задержка газов и стула. За медицинской помощью обратилась через 3 суток. При осмотре: в левой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование без четких границ, плотное, болезненное, малоподвижное; в анализе крови - лейкоцитоз. При УЗИ: тень неоднородная по строению, с высокой акустической плотностью, в центре которой гомогенная тень с ровными контурами. Ваш диагноз?

Задача № 4.1
Больная Р., 42 лет, жалуется на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение живота в размерах, чувство тяжести в правом подреберье, выраженную слабость, утомляемость, снижение трудоспособности. Физиологические отправления в норме. Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появились слабость и зуд кистей и стоп в ночное время, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. Постепенно присоединилась тяжесть в правом подреберье, увеличился живот, усилилась слабость, зуд стал более интенсивным и распространенным. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния обратилась в поликлинику по месту жительства. Участковым врачом направлена на госпитализацию для обследования и подбора терапии.
Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.
Профессиональный анамнез: бухгалтер, профессиональные вредности отрицает.
Диету соблюдает. Вредные привычки отрицает.
Наследственность: у матери – ИБС, у отца - ХОБЛ.
Туберкулез, вирусные гепатиты отрицает.
Аллергологический анамнез не отягощен.
Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, сухие, на спине, животе, предплечьях и голенях следы расчесов. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 78 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 78 в мин. Язык влажный, у корня обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, равномерно увеличен, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации положительный. При перкуссии над всеми отделами тупой звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пропальпировать отделы толстого кишечника не удается, область пальпации

безболезненна. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень пальпируется на 3см ниже реберной дуги по средне-ключичной линии, при пальпации умеренно болезненна, плотная, край острый, размеры по Курлову 12 х 10 х 9 см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4 см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.
Вопрос:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План лечения?

Задача № 4.2
Больная К., 43 лет, обратилась к врачу с жалобами на периодические боли в правом подреберье, тянущие, ноющие, иррадиирующие в правую лопатку и плечо, возникают после приема жирной пищи, длятся до 2-х часов, проходят самостоятельно. Стул один раз в три – четыре дня, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.
Считает себя больной около 3 лет, когда впервые после употребления алкоголя и жирной пищи возникли боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала но-шпу. С этого времени после погрешностей в диете подобные обострения, не обследовалась, не лечилась. Около года назад присоединились запоры. Сегодня после употребления алкоголя и жареной пищи возобновились боли, вызвала скорую помощь, доставлена в сан. пропускник.
Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.
Профессиональный анамнез: работает продавцом в продуктовом магазине, часто не регулярный прием пищи, употребление жирной и жареной пищи.
Вредные привычки: не курит, алкоголь – редко в небольших количествах.
Наследственность: у мамы – хронический холецистит, у отца – ЖКБ.
Ведет малоподвижный образ жизни.
Аллергологический анамнез не отягощен.
Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Гиперстеник. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, чистые. Видимые слизистые розового цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, толщина подкожно-жировой складки на уровне пупка - 6см, по средне-ключичной линии – 4см. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 72 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно- жировой клетчатки, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Эластичной

консистенции, подвижность сохранена. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 х 9 х 7см. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера - положительные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4 см. поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненная. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

Задача № 4.3
Больная Р., 52 года, поступила в клинику с жалобами на тупые боли в области правого подреберья с иррадиацией в правое плечо, повышение температуры до 38 °С, тошноту, рвоту, потливость, слабость. Из анамнеза заболевания известно, что в течение 4 лет беспокоят приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правые отделы, возникающие после погрешностей в диете (прием жирной, острой пищи). В течение последнего года подобное обострение второе. Лечилась самостоятельно: соблюдала диету, принимала спазмолитики, использовала грелку. Анамнез жизни. Домохозяйка, ведет малоподвижный образ жизни. Питание: употребляет много острой, жареной, жирной пищи, эпизодически алкоголь, отмечает большие промежутки времени между приемами пищи. Гинекологический анамнез: 3 беременности, 3 родов. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре состояние больной средней тяжести. Рост — 161 см, вес — 78 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. При перкуссии легких определяется ясный легочный звук. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При аускультации I и II тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. ЧСС 92/мин. АД 130/80 мм рт. ст. на обеих руках. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Желчный пузырь не пальпируется. Пальпируемые отделы толстой кишки нормальных размеров, безболезненные. Определяются болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге справа, болезненность при надавливании большим пальцем в проекции желчного пузыря на вдохе. Выявлена болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа. Размеры печени по Курлову — 9 х 8 х 7 см. Край печени по правой срединноключичной линии не пальпируется. Селезенка не увеличена. Стул: склонность к запорам.
Лабораторно-инструментальные исследования. В общем анализе крови: гемоглобин — 138 г/л, лейкоциты — 9,4 х 109/л, палочкоядерные нейтрофилы — 4%, сегментоядерные нейтрофилы — 68%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 19%, моноциты — 9%, СОЭ — 19 мм/ч.
При холецистографии выявлено замедление опорожнения желчного пузыря, моторика желчевыводящих путей замедлена.
УЗИ печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Печень: размеры не увеличены, контуры ровные, паренхима имеет однородную малоэхогенную структуру. Общий желчный проток не расширен (около 4 мм). Желчный пузырь: натощак растянут с признаками застоя желчи, отмечаются деформация и утолщение его стенки (толщина стенки 5 мм), конкрементов не выявлено. Через 30 минут после назначения желчегонного завтрака (2 сырых яичных желтка) опорожнение замедлено и недостаточное.

Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

Задача № 4.4
Больная Б., 45 лет, поступила с жалобами на тупые боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, неприятный вкус во рту, тошноту, неоднократную рвоту с примесью желчи, кожный зуд. Из анамнеза заболевания известно, что в течение последних 5 лет отмечает частые приступы болей в правом подреберье, сопровождающиеся неприятным
вкусом во рту, тошнотой, рвотой с примесью желчи, иногда повышением температуры тела до субфебрильных цифр. Боли провоцировались приемом острой и жирной пищи, иногда физической нагрузкой. Подобные обострения наблюдались 5–6 раза в год. С вышеуказанными симптомами к врачам не обращалась.
Настоящее ухудшение — в течение последних 4 дней, когда вышеуказанные боли в правом подреберье участились, повысилась температура до фебрильных цифр и появился кожный зуд. В гинекологическом анамнезе у больной 2 беременности, 2 родов.
При осмотре состояние больной средней тяжести. Рост 166 см. Вес 82 кг.
Кожные покровы и видимые слизистые оболочки иктеричны, следы расчесов на коже. Температура тела 38,3 °С. Перкуторно границы легких в пределах нормы. Аускультативно — дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. ЧСС 96 уд. в мин. АД 130/75 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Отмечается усиление болевой чувствительности на вдохе при пальпации в области проекции желчного пузыря. Выявляется болезненность при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы у верхнего края ключицы. Размеры печени по Курлову 9 х 8 х 6 см. Лабораторно-инструментальные исследования. Клинический анализ крови: гемоглобин 137 г/л, лейкоциты 14,9 х 109/л, палочкоядерные нейтрофилы 8%, сегментоядерные нейтрофилы 69%, эозинофилы 2%, лимфоциты 12%, моноциты 9%, СОЭ 25 мм/ч.
Биохимический анализ крови: общий билирубин 52 ммоль/л, прямой билирубин 38 ммоль/л, АСТ 38 ЕД/л, АЛТ 36 ЕД/л, холестерин 6,7 ммоль/л, амилаза 87 ЕД/л, щелочная фосфатаза 218 ЕД/л, глюкоза 5,3 ммоль/л.
УЗИ печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Печень: размеры не увеличены, контуры ровные, паренхима имеет однородную малоэхогенную структуру. Желчный пузырь: деформация и утолщение его стенки (толщина стенки 5 мм), выявлены 2 конкремента, диаметром 5 мм и 7 мм. Общий желчный проток не визуализируется.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

Задача № 4.5
Пациентка В., 39 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на уменьшение аппетита, слабость, общее недомогание, снижение веса, пожелтение склер.
Из анамнеза: работает менеджером в крупной компании, ведет здоровый образ жизни, употребление алкоголя отрицает. Месяц назад во время профилактического осмотра в частной клинике отмечалось повышение уровней АЛТ (100 МЕ/л) и АСТ (120 МЕ/л). Поставлен диагноз «неалкогольная жировая болезнь печени», даны рекомендации по изменению образа жизни, назначена витаминотерапия. Исследование анализов в динамике не проводилось. При более подробном опросе выяснилось, что за месяц до визита в

частную клинику по совету друзей начала принимать некое «средство китайской народной медицины» с «общеукрепляющим» эффектом. Через неделю прием прекратила, поскольку обратила внимание на бессонницу и повышенную нервозность. В течение последующего месяца постепенно начала прогрессировать слабость, начала снижаться масса тела (на 3 кг), отмечалось общее недомогание, в последние 3 дня отметила желтушное окрашивание склер.
При осмотре: состояние средней тяжести, больная нормального телосложения и питания, отмечается желтушность склер и слизистых. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье, край печени закруглен, выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.
Проведены лабораторные исследования. В общем анализе крови гемоглобин 110 г/л, лейкоциты 7,8 109/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 52 мм/ч. В биохимическом анализе крови общий белок 62 г/л, альбумин 42 г/л,
общий билирубин 44 мкмоль/л, АЛТ 140 МЕ/л, АСТ 180 МЕ/л, IgG 22,5 г/л (при норме 5–16 г/л). Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, анти-HCV-антитела) не выявлены, RW, ВИЧ отрицательны. Титр антинуклеарного фактора 1:320 (при норме менее 1:160).
На УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, диаметр v. portae 0,9 см, свободной жидкости в брюшной полости нет.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

Задача № 4.6
Пациент Д., 39 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, раздражительность, пожелтение склер, общее недомогание, изжогу. Из анамнеза: работает IT-специалистом, употребление алкоголя отрицает. Полгода назад побывал в туристической поездке в одной из стран Юго-Восточной Азии, где вступал в беспорядочные половые связи с местными жителями. После возвращения отметил постепенное нарастание слабости, раздражительности. За 2 дня до госпитализации отметил появление слабого желтого окрашивания склер.
При осмотре: состояние средней тяжести, больной нормального телосложения и питания, отмечается желтушность склер. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный приглубокой пальпации в правом подреберье, край печени закруглен, выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.
В общем анализе крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты 6,1 х 109/л, СОЭ 26 мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий белок 78 г/л, альбумин 49 г/л, общий билирубин 40 мкмоль/л, АЛТ 95 МЕ/л, АСТ 49 МЕ/л. Выявлены анти-HCV-антитела. HBsAg, RW, ВИЧ отрицательны. По данным УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, увеличение печени, диаметр v. portae 0,8 см, свободной жидкости в брюшной полости нет.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 2

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Строение и функции поджелудочной железы. Методы лабораторной и инструментальной диагностики поражений поджелудочной железы.
2. Основные клинические синдромы, выявляемы при поражении поджелудочной железы.
3. Острый панкреатит. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Абсцесс поджелудочной железы. Некроз поджелудочной железы острый, инфекционный. Консервативная терапия. Показания, возможности, методы и результаты оперативного лечения
4. Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Клиника. Варианты течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диетотерапия.
5. Опухоли пищевода. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак пищевода. Злокачественные неэпителиальные опухоли пищевода. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение.
6. Опухоли желудка. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли желудка. Рак. Карциноид. Саркома. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Злокачественные неэпителиальные опухоли пищевода.
7. Опухоли поджелудочной железы. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли поджелудочной железы. Рак поджелудочной железы. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.
8. Опухоли билиарной системы.Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.
9. Опухоли печени. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли печени. Гепатоцеллюлярная карцинома. Холангиокарцинома. Ангиосаркома. Метастазы в печень. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.
10. Опухоли большого дуоденального сосочка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями. Сроки, методы и результаты оперативного лечения.
11. Опухоли тонкой кишки.Этиология. Класификация. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
12. Опухоли толстой кишки. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак толстой кишки. Клинические варианты течения. Современные возможности диагностики и лечения. Полипы толстой кишки. Этиология. Патогенез. Классификация Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия.
13. Анальный и ректальный полип. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития.
14. Острый живот. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.
15. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.
16. Печеночная колика. Клиника. Диагностика. Принципы терапии.
17. Печеночная кома. Причины. Клинические признаки. Принципы терапии.

18. Острая кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.
19. Острая диарея. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи.
20. Принципы диагностики и лечения осложнений язвенной болезни (кровотечения, пенетрация, перфорация)

Тестовые задания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

5.1. Стеаторея характерна для:
1. хронического анацидного гастрита
2. язвенной болезни
3. язвенного колита
4. дисбактериоза кишечника
5. хронического панкреатита

5.2. Выработка каких ферментов относится к экзокринной функции поджелудочной железы:
1. инсулин
2. амилаза
3. глюкагон
4. соматостатин
5. панкреатический полипептид

5.3. В наибольшей степени на панкреатическую недостаточность указывает:
1. полифекалия
2. креаторея
3. стеаторея
4. амилорея
5. наличие крови и слизи в стуле

5.4. УЗИ поджелудочной железы позволяет оценить:
1. неравномерность контуров
2. размеры и плотность
3. наличие кистозных изменений
4. наличие кальцификатов
5. неравномерность контуров; размеры и плотность; наличие кистозных изменений; наличие кальцификатов

5.5. К выраженным изменениям поджелудочной железы по данным компьютерной томографии не относится:
5. патология главного протока и патология более 3 боковых протоков
6. внутрипротоковые дефекты наполнения или камни поджелудочной железы
7. значительное увеличение поджелудочной железы более чем в 2 раза
8. обструкция, выраженная неровность или стриктура протока поджелудочной железы

5.6. Признаками хронического панкреатита являются нижеследующие, КРОМЕ:
1. боль постоянная в сочетании с приступообразной.
2. локализация боли в эпигастральной области.
3. общая слабость.
4. снижение аппетита.
5. повышение температуры.

5.7. Применение каких лекарственных средств НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО в случае хронического панкреатита с выраженным болевым синдромом и нарушением внешней секреции в стадии обострения?
1. анальгетики
2. ингибиторы панкреатических ферментов

3. спазмолитики
4. глюкокортикоиды
5. антибиотики

5.8. При хронических панкреатитах боль чаще всего возникает:
1. после простудных заболеваний
2. после рвоты
3. после употребления жирной пищи
4. после кофе
5. после тряской езды

5.9. Какой признак часто наблюдается при псевдотуморозном панкреатите:
1. боль
2. поносы, запоры
3. рвота
4. желтуха
5. сахарный диабет

5.10. Терапия хронического панкреатита в фазе стойкой ремиссии включает:
1. хирургическое лечение
2. ингибиторы трипсина
3. ферментные препараты
4. диету № 5п
5. анальгетики

5.11. Препараты, используемые в терапии обострения хронического панкреатита все, КРОМЕ:
1. антациды
2. неселективные М-холинолитики
3. ферменты
4. антиферментные препараты
5. ганглиоблокаторы

5.12. Показания к хирургическому лечению хронического панкреатита все, КРОМЕ:
1. холедолитиаз или другая патология, препятствующая оттоку секрета поджелудочной железы
2. развитие сахарного диабета
3. стриктура большого дуоденального протока
4. злокачественные опухоли поджелудочной железы
5. развитие механической желтухи

5.13. Непосредственной причиной смерти больных хроническим панкреатитом могут быть:
1. инфекционно-гнойные осложнения
2. кровотечения из ЖКТ
3. карцинома поджелудочной железы
4. ДВС-синдром
5. инфекционно-гнойные осложнения; кровотечения из ЖКТ; карцинома поджелудочной железы; ДВС-синдром

5.14. Осложнениями хронического панкреатита НЕ является:
1. язвенная болезнь
2. механическая желтуха
3. полисерозиты
4. рак поджелудочной железы
5. левосторонний гидроторакс

5.15. Дифференциальный диагноз при хроническом панкреатите проводят с:
1. опухолью поджелудочной железы
2. язвенной болезнью

3. дискинезией желчного пузыря
4. функциональным расстройством сфинктера Одди
5. опухолью поджелудочной железы; язвенной болезнью; дискинезией желчного пузыря; функциональным расстройством сфинктера Одди

5.16. Плевральный выпот слева при хроническом панкреатите образуется из-за:
1. образования в диафрагме микрофистул
2. повышения активности ферментов поджелудочной железы
3. развития сердечной недостаточности
4. инфекционного воспаления плевры
5. не верно: образования в диафрагме микрофистул; повышения активности ферментов поджелудочной железы; развития сердечной недостаточности; инфекционного воспаления плевры

5.17. Назовите особенности морфологических изменений поджелудочной железы при алкогольном панкреатите:
1. псевдокисты
2. кальцификаты
3. фиброзные изменения паренхимы
4. накопление липидов в ацинозных клетках
5. псевдокисты; кальцификаты; фиброзные изменения паренхимы; накопление липидов в ацинозных клетках

5.18. Ведущими симптомами для кист поджелудочной железы следует считать:
1. боли
2. нарушение оттока панкреатического сока
3. прощупывание опухоли
4. симптомы сдавления других органов
5. Боли; нарушение оттока панкреатического сока; прощупывание опухоли; симптомы сдавления других органов

5.19. Методом выбора лечения псевдоопухолевой формы хронического панкреатита является:
1. консервативный
2. хирургический
3. химиотерапия
4. рентгенотерапия
5. рефлексотерапия

5.20. Определите роль этанола в развитии алкогольного панкреатита:
1. увеличивает продукцию гастрина и панкреозимина
2. угнетает продукцию гастрина и панкреозимина
3. нарушает синтез литостатина
4. способствует фиброзу мелких сосудов
5. оказывает токсическое влияние на клетки поджелудочной железы

6.1. Острый панкреатит начинается:
1) Внезапно
2) После небольшого (6-7ч.) продромального периода
3) После длительного (2-3 нед.) недомогания
4) В исходе хронического панкреатита
5) Внезапно; После небольшого (6-7ч.) продромального периода; После длительного (2-3 нед.) недомогания; В исходе хронического панкреатита

6.2. Поджелудочная железа вырабатывает:
1) Инсулин
2) Гистамин

3) Калликреин
4) Соматотропин
5) Инсулин; Гистамин; Калликреин; Соматотропин

6.3.В поджелудочной железе в неактивном состоянии вырабатывается:
1) Трипсин
2) Эластаза
3) Амилаза
4) Липаза
5) Трипсин; Эластаза; Амилаза; Липаза

6.4.В начальных стадиях острого панкреатита возникновению острой печеночной недостаточности способствует:
1) Энзимная токсемия
2) Бактеремия
3) Нарушение диеты
4) Сгущение крови
5) Энзимная токсемия; Бактеремия; Нарушение диеты; Сгущение крови

6.5. Для острого панкреатита характерны:
1) Лейкоцитоз
2) Сдвиг лейкоцитарной формулы влево
3) Ускорение СОЭ
4) Эритроцитоз
5) Лейкоцитоз; Сдвиг лейкоцитарной формулы влево; Ускорение СОЭ; Эритроцитоз

6.6. При кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки:
1) Предшествующая боль резко усиливается
2) Боль исчезает или уменьшается
3) Появляется сухость и горький вкус во рту
4) Боль иррадиирует в спину
5) Боль иррадиирует а прекардиальную область

6.7. Мелена характерна для:
1) Кровоточащего геморроя
2) Язвенного колита
3) Желудочного кровотечения
4) Трещины ануса
5) Рака сигмы

6.8. Кал принимает черный цвет:
1) При кровотечении из толстого кишечника
2) При анацидном гастрите
3) При желтухе
4) После приема внутрь препарата железа
5) При кровотечении из геморроидальных узлов

6.9. Какая основная причина кровотечений из ВРВ пищевода у больных циррозом печени:
1) Снижение протромбина
2) Снижение проконвертина, проакцелерина
3) Портальная гипертензия
4) Уменьшение тромбоцитов
5) Угнетение фибринолиза

6.10. При каких заболеваниях наблюдается профузное желудочно-кишечное кровотечение?
1) Дивертикулез
2) Язвенный эзофагит
3) Диафрагмальная грыжа
4) Геморрагический панкреатит

5) Синдром Меллори-Вейса

6.11. Наименьшее количество крови при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ, при котором появляется мелена:

1) 60-100 мл
2) Менее 60 мл
3) 250 мл
4) 500 мл

6.12. Алая кровь на поверхности кала (вслед за началом дефекации) является признаком:

1) кровотечение из дистальных отделов тонкого кишечника
2) кровотечение из проксимальных отделов толстого кишечника
3) кровотечение из проксимальных отделов тонкого кишечника
4) кровотечение из дистальных отделов толстого кишечника

6.13. Какой характер кровоточивости у больного раком прямой кишки?

1) появление алой крови в конце акта дефекации
2) появление крови перед актом дефекации
3) профузное ректальное кровотечение
4) примесь алой крови к каловым массам
5) мелена

6.14. Ранним признаком развивающейся печеночной энцефалопатии при вирусном гепатите В является:

1) Эйфория и возбуждение
2) Стойкая брадикардия
3) Упорный зуд кожи по ночам
4) Лейкопения с относительным лимфоцитозом
5) Нарастание билирубина за счет прямого

6.15. К признакам печеночной энцефалопатии относятся все, КРОМЕ:

1) гипербилирубинемии
2) хлопающего тремора
3) повышения концентрации аммиака в крови
4) снижения памяти
5) возраст старше 50

6.16. Для лечения печеночной энцефалопатии применяется все, кроме:

1) антибиотиков
2) диеты с ограничением белка
3) диуретиков
4) лактулозы
5) орницетила

6.17. К осложнениям цирроза печени относятся:

1) гепато-ренальный синдром;
2) гепато-пульмональный синдром;
3) кровотечение из варикозно-расширенных вен;
4) печеночная кома;
5) гепато-ренальный синдром; гепато-пульмональный синдром; кровотечение из варикозно-расширенных вен; печеночная кома;

6.18. Клинические проявления цирроза печени главным образом зависят от:

1) этиологии заболевания
2) уровнялабораторных показателей
3) выраженности иммунных нарушений
4) компенсаторных возможностей левого желудочка
5) выраженности печеночной энцефалопатии

6.19. К осложнениям цирроза печени относятся:

1) гепато-ренальный синдром;

2) гепато-пульмональный синдром;
3) кровотечение из варикозно-расширенных вен;
4) печеночная кома;
5) гепато-ренальный синдром; гепато-пульмональный синдром;кровотечение из варикозно-расширенных вен; печеночная кома;

6.20. Признаком портальной гипертензии не является:
1) спленомегалия
2) расширение аноректальных вен
3) печеночноя кома
4) расширение вен пищевода
5) голова «медузы»

6.21. Укажите препарат, противопоказанный для купирования желчной колики:
1) атропин
2) баралгин
3) морфин
4) но-шпа
5) нитроглицерин

6.22. Симптом Кера определяется как:
1) болезненность при поколачивании по правой реберной дуге
2) болезненность при глубокой пальпации области желчного пузыря
3) болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы справа
4) усиление болезненности при глубокой пальпации области желчного пузыря на высоте глубокого вдоха
5) болезненность в точке пересечения правой реберной дуги и наружного края прямой мышцы живота

6.23. Какая локализация опухоли в ободочной кишке наиболее часто обусловливает состояние кишечной непроходимости?
1) рак печеночного изгиба
2) рак слепой кишки.
3) рак нисходящей и сигмовидной кишки
4) рак поперечноободочной кишки.

6.24. Основным симптомом обтурационной кишечной непроходимости является
1) Постоянные боли в животе
2) Схваткообразные боли в животе
3) Рвота цвета «кофейной гущи»
4) Вздутие живота
5) Мелена

6.25. Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости является
1) Инородные тела
2) Желчные камни
3) Доброкачественные опухоли
4) Злокачественные опухоли
5) Спайки брюшной полости

6.26. Кал в виде малинового желе характерен для
1) Желудочного кровотечения
2) Инвагинации
3) Спастического колита
4) Дивертикулита
5) Свинцового отравления

6.27. При подозрении на острую кишечную непроходимость в первую очередь производится

1) Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
2) Исследование пассажа бария по кишечнику
3) Эзофагогастродуоденоскопия
4) Лапароскопия
5) Биохимический анализ крови

6.28. Консервативное лечение острой кишечной непроходимости применяется только при
1) Завороте
2) Узлообразовании
3) Обтурационной кишечной непроходимости
4) Динамической непроходимости

6.29. Наиболее быстрое развитие некроза кишки возникает при
1) Обтурации подвздошной кишки
2) Обтурации толстой кишки опухолью
3) Обтурации просвета тощей кишки желчным камнем
4) Узлообразовании
5) Обтурации просвета толстой кишки каловым камнем

6.30. При паралитической кишечной непроходимости применяют
1) Оперативное лечение
2) Холинэргетики
3) Назоинтестинальную интубацию
4) Новокаиновую блокаду
5) Все средства стимуляции кишечника

6.31. Провоцировать развитие острой кишечной непроходимости может
1) Слабость мышц живота
2) Злоупотребление алкоголем
3) Употребление жирной и острой пищи
4) Употребление большого количества пищи, богатой клетчаткой
5) Психотравма

6.32 Для всех видов кишечной непроходимости характерны
1) Интенсивные боли в животе
2) Резкое усиление перистальтики
3) Стойкая задержка стула и газов
4) Ассимметрия живота
5) Напряжение мышц живота

7.1. Какой тип нейроэндокриновых опухолей ассоциирован с аутоиммунным гастритом
1.тип 1
2.тип 2
3.тип 3
4.тип 4

7.2. Диагностика нейроэндокринных опухолей желудка основана на проведении
1.ФГДС
2.гистологического исследования
3.гистологического исследования с применением ИГХ методов
4.ИГХ методов

7.3. Независимый фактор риска рака желудка по системе OLGA
1.II
2.III
3.IV
4.III- IV

7.4. При раке фатерова сосочка при объективном исследовании наиболее часто определяется:
6. симптом Кера

7. симптом Мак-Кензи
8. симптом Мюсси
9. симптом Курвуазье
10. симптом Менделя

7.5. Характерные клинические симптомы рака желчного пузыря все, КРОМЕ:
1.болевой
2.отечный
3.диспепсический
4.потеря массы тела
5.желтуха

7.6. Рак желчного пузыря чаще всего ассоциирован с:
1. циррозом печени
2. язвенной болезнью
3. гастродуоденитом
4. холедохолитиазом
5. дивертикулезом кишечника

7.7. Исследование какого органа следует произвести в первую очередь для исключения метастазов рака нижнеампулярного отдела прямой кишки:
1. печени
2. забрюшинных лимфатических узлов
3. легких
4. селезенки

7.8. Частота метастазирования рака ободочной кишки обусловлена:
1. локализацией опухоли
2. макроскопической формой опухоли
3. микроскопическим строением опухоли
4. степенью дифференциации клеточных элементов опухоли

7.9. В каком отделе ободочной кишки наиболее часто развиваются экзофитные формы опухоли:
1. левый угол ободочной кишки
2. поперечная ободочная кишка.
3. слепая и восходящая кишка
4. сигмовидная кишка.

7.10. При пальпации край печени у больных гепатоцеллюлярной карциномой обычно:
1. ровный
2. бугристый
3.болезненный
4. безболезненный
5.каменистой плотности
6. бугристый; болезненный; каменистой плотности

7.11. Принципы лечения гепатоцеллюлярной карциномы:
1. хирургическое лечение
2. рентгенотерапия
3.химиотерапия
4. генная терапия
5. хирургическое лечение; рентгенотерапия; химиотерапия; генная терапия

7.12. Основным иммунологическим маркером гепатоцеллюлярной карциномы является:
1. антимитохондриальные антитела
2. α-фетопротеин
3.раковый эмбриональный антиген
4. антинуклеарный фактор

5.антитела к микросомам печени

7.13. Золотым стандартом диагностики гепатоцеллюлярной карциномы является:

1. определение α-фетопротеина
2. сцинтиграфия печени
3.биопсия печени
4. УЗИ органов брюшной полости
5.КТ органов брюшной полости

7.14. Триада основных клинических признаков гепатоцеллюлярной карциномы это:

1. асцит
2. похудание
3.лихорадка
4. боли в правом подреберье
5.похудание; лихорадка; боли в правом подреберье

7.15. Опухоль Крукенберга представляет собой метастазы карциномы желудка в:

1. головной мозг
2. надключичные лимфоузлы
3. печень
4. яичники
5. брюшину

7.16. Наиболее частая локализация рака поджелудочной железы:

1. диффузная
2. хвост
3. тело
4. головка
5. выводной проток

7.17. Назовите типичную триаду симптомов, характерных для злокачественной опухоли поджелудочной железы:

1. боли
2. запоры
3.диспепсия
4. похудание
5. боли; диспепсия; похудание

7.18. Назовите классическую триаду карциноидного синдрома (карциноидная опухоль поджелудочной железы):

1. приступы гиперемии и приливов крови к лицу, туловищу, иногда сопровождающиеся бронхоспазмом
2. коллаптоидные реакции
3. диарея
4. развитие эндокардиального фиброза с отложением бляшек на створках трехстворчатого клапана, клапана легочной артерии и формированием недостаточности трикуспидального клапана и стеноза легочной артерии
5. приступы гиперемии и приливов крови к лицу, туловищу, иногда; диарея; развитие эндокардиального фиброза с отложением бляшек на створках трехстворчатого клапана, клапана легочной артерии и формированием недостаточности трикуспидального клапана и стеноза легочной артерии

7.19. У какого процента больных раком прямой кишки диагноз можно предположитьпо результатам пальцевого исследования?

1. у 20%.
2. у 40%
3. у 60%

4. у 80%

7.20. К злокачественным опухолям печени относятся:

1. холангиокарцинома;
2. ангиосаркома;
3. гемангиома;
4. холангиогепатоцеллюлярная карцинома;
5. холангиокарцинома; ангиосаркома; холангиогепатоцеллюлярная карцинома

7.21. Наиболее частой гистологической формой рака желудка служит:

1. аденокарцинома
2. скирр
3. солидный рак
4. плоскоклеточный рак
5. недифференцированный рак

7.22. Изъязвившейся рак желудка

1. чаще локализуется в своде
2. не имеет типичной локализации
3. чаще локализуется на малой кривизне
4. чаще локализуется в антральном отделе

7.23. Наиболее часто рак желудка метастазирует в

1. легкие
2. кости
3. головной мозг
4. печень

7.24. Карциноид располагается

1.в слизистой оболочке
2. в подслизистом слое
3. в мышечном слое
4. в серозной оболочке
5. захватывает все слои

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

Задача № 5.1

Больная Ж., 33 лет, жалуется на ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, возникают через 30-40 минут после приема жирной пищи и алкоголя, длятся до 3-х часов, проходят самостоятельно, тошноту, отрыжку воздухом, вздутие живота. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, с жирным блеском, зловонный, плохо смывается с унитаза.

Считает себя больной около 1 года, когда постепенно появилась вышеперечисленная симптоматика; за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась. В течение последнего месяца начала соблюдать диету (исключила прием алкоголя и жирной жареной пищи), принимала но-шпу, отметила незначительное улучшение самочувствия – уменьшились боли в животе, сохраняется тяжесть в животе после еды, отрыжка воздухом, вздутие живота, неустойчивый стул.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: официантка в ресторане, питается регулярно, часто погрешности в диете.

Вредные привычки: курит в течение 7 лет 1 пачка сигарет в день, употребляет крепкие алкогольные напитки.

Наследственность: у матери сахарный диабет 2 типа, отец - ИБС.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: сознание ясное, положение активное. Астеник. ИМТ 17 кг/м 2. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, влажные, чистые. Подкожно жировая

клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 88 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 88 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, подвздут, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 8 х 7 х 6см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Вопрос:

3. Наиболее вероятный диагноз?
4. Каков прогноз заболевания?

Задача № 5.2

Больной К., 45 лет, обратился к врачу в связи с жалобами на давящие, боли в эпигастральной области, периодически опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, уменьшаются самостоятельно через 30-40 минут, но совсем не проходят, сопровождаются вздутием живота; рвоту, не приносящую облегчения, отрыжку воздухом; желтушность кожных покровов и склер, стул 1 раза в день, оформленный, белого цвета, без патологических примесей; мочеиспускание 3-4 раза в день, свободное, безболезненное, моча «цвета пива».

Считает себя больным около года, когда после погрешности в диете (прием алкоголя, жирной и копченой пищи) возникла боль в правом подреберье, желтушность склер. За медицинской помощью не обращался, постепенно симптомы прошли самостоятельно. Около месяца назад боли стали опоясывающими, присоединилось вздутие живота. 3 дня назад, после «застолья» возобновились боли, вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота после приема любой пищи не приносящая облегчения, коллеги по работе обратили внимание на желтушность кожи и слизистых. Два дня назад стал обесцвеченным кал и моча «цвета пива». Вызвал скорую помощь, доставлен в инфекционную больницу. Диагноз вирусного гепатита исключен, доставлен в приемное отделение городской больницы для дальнейшего обследования. Вышеперечисленные симптомы сохраняются.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: работает слесарем.

Питается не регулярно, диету не соблюдает.

Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко.

Наследственность: у матери – гипертоническая болезнь, у отца – хронический панкреатит.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, нормальной влажности, чистые.

Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 72 в мин., удовлетворительных качеств. АД 120/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов
сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой выражен умеренно. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. При глубокой пальпации определяется болезненность в области поджелудочной железы. Печень не пальпируется, пальпация безболезненна, размеры по Курлову 9 х 8 х 7см., пузырные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 7 х 5см. При осмотре поясничная область не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.
Вопрос:

3. Наиболее вероятный диагноз?
4. Чем может быть обусловлен более высокий риск развития портальной гипертензии при подпеченочной форме данного заболевания?

Задача № 5.3
Больная Б. 52 года. На протяжении 8 лет у него периодически (после алкоголя) отмечаются боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, поносы. Лечился у терапевта по поводу "колита". В период обострения отмечается снижение веса, бледность кожных покровов, болезненность в левом подреберье, тошнота, рвота. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови без видимых отклонений от нормы. В копрограмме– креаторея, в большом количестве нейтральный жир.
Вопрос:

3. Наиболее вероятный диагноз?
4. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача № 5.4
Больной Ж. 32 лет, доставлен в приемный покой после употреб-ления алкоголя, с жалобами на сильные боли в эпигастрии, тошноту, неукротимую рвоту, вздутие живота, снижениедиуреза. Объективно: кожный покров бледен, пульс 110 в 1 мин. АД 100/60 мм рт. ст. Отдышка до 24 в 1 минуту. Дыхание ослабленное, до хрипов нет. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, на боковых отделах мраморность. При пальпации напряжение брюшной стенки в эпигастральной области, здесь же максималь-ная болезненность, определяемая даже при перкуссии со сглажен-ной печеночной тупостью. Ослабление перистальтики. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет.
Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача № 5.5
Мальчик Д. 12 лет, поступил в отделение на обследование в связи с ноющими болями в

верхней половине живота после приема жаренной и жирной пищи, снижением аппетита, тошнотой, повторной рвотой. Данные анамнеза. С 5 лет находится на диспансерном учете у аллерголога с диагнозом: пищевая аллергия, атопический дерматит. В 7 лет перенес гепатит А. Со слов мамы ребенка, диету мальчик не соблюдает. С 9 лет после обеда в школе и физической нагрузки часто беспокоят ноющие боли опоясывающего характера в верхней половине живота, продолжающиеся до2 часов и ослабевающие в положении сидя с наклоном туловища вперед. Боли сопровождаются тошнотой, метеоризмом, сухостью слизистых полости рта и проходят после приема но-шпы. Данные объективного осмотра: Масса тела 28 кг, рост 132 см. Мальчик астенического телосложения. Состояние средней тяжести. Температура тела 36.80С. Выражены суборбитальные тени. Кожа чистая, бледная. Зев чистый, миндалины рыхлые, гипертрофированы. Язык обложен. В легких везикулярное дыхание. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левом подреберье, зоне Шоффара, положительные симптомы Кача, Мейо-Робсона, Керте. Печень и селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, без патологических примесей с жирным блеском. Температура 36.8°С. Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, мочевина 5.2 ммоль/л, холестерин 3.4 ммоль/л, триглицериды 0.72 ммоль/л, βлипопротеиды 42 ммоль/л, билирубин прямой 3.8, непрямой 12.8 мкмоль/л, амилаза 520 ЕД/л. Копрограмма: значительное количество непереваренных мышечных волокон, большое количество нейтрального жира. УЗИ: гиперэхогенность поджелудочной железы, чередование гипер- и гипоэхогенных участков, четкий контур, расширение главного панкреатического протока.
Вопросы:

3. Какой наиболее вероятный диагноз?
4. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

Задача 6.1.
Больная 52 лет, поступила с жалобами на сильные боли, опоясывающего характера в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, сухость во рту, резкую слабость. Боли появились накануне вечером после приема обильной, жирной пищи. Давность заболевания 12 часов.
При поступлении состояние больной средней тяжести. Рост 162 см, вес 86кг., температура тела -36,7С. Пульс 110 уд/мин, А/Д 120/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложенсеро-коричневым налетом. Живот умеренно вздут за счет верхних отделов, слабо участвует в акте дыхания. При пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, в правом и левом подреберье. Положительный симптом Керте, Мейо-Робсона. Симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза мочи 512 ед. Крови 256 ед.
Вопросы:

3. Предварительный диагноз
4. Лечебные мероприятия

Задача 6.2.
Больной 26 лет поступил на 4-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больного острый аппендицит. Однако в правой подвздошной области отчетливо определяется плотное, неподвижное образование размером 10х12 см, прилегающее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены.
Вопросы:

3. Предварительный диагноз
4. Тактика ведения пациента

Задача 6.3.

Больная 65 лет, находится в терапевтическом отделении по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии покоя.
6 часов назад у больной внезапно появились боли в левом подреберье, в левой половине грудной клетки, отдающие в левое плечо, тошнота, сухость во рту, слабость.
Состояние на момент осмотра средней тяжести. Кожа бледная, акроцианоз, пульс-88 в мин., аритмичный. А/Д 110/90 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны глухие, единичные экстрасистолы, шумов нет. Язык влажный, обложен у корня серым налетом. Живот умеренно вздут за счет верхних отделов, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, в левом подреберье, симптомов раздражения брюшины нет. Кишечные шумы вялые, газы отходят с трудом.
Лейкоцитоз 12 тыс., в лейкоформуле имеется палочкоядерный сдвиг до 7 %. На ЭКГ выявлена ишемия задней стенки левого желудочка. Диастаза мочи 256 ед.
Вопросы:

3. Предварительный диагноз
4. Дифференциальный диагноз

Задача 6.4.
Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II, А степени. Приступы холецистита у больной бывают 3−4 раза в год.
Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. При поступлении состояние средней тяжести, определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера, френикус-симптом.
УЗИ при поступлении — желчный пузырь 146×72 мм, стенка желчного пузыря 8 мм, в области шейки желчного пузыря фиксированный конкремент 41×32 мм, холедох 6 мм. Начата консервативная терапия. При динамическом УЗИ спустя сутки ультразвуковая семиотика прежняя.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Принципы консервативной терапии
3. Лечебная тактика

Задача 6.5.
Больной, 35 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области.
В анамнезе язвенная болезнь желудка, по поводу чего проводилась консервативная терапия. В приемном отделении у больного возникла обильная рвота алой кровью, появились жалобы на головокружение, общую слабость, ощущение нехватки воздуха.
Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, над верхушкой сердца выслушивается систолический шум. АД – 100 и 60 мм рт. ст., пульс – 110 уд. в 1 мин. Живот болезненный в эпигастральной области.
Гемоглобин – 81 г\л, гематокрит – 0,28, эритроциты – $2{,}6 \times 10^9$. В условиях операционной выполнено экстренное эндоскопическое исследование. В желудке большое количество свежей крови.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Лечебные мероприятия

Задача 6.6.
Больной 46 лет поступил в клинику с диагнозом цирроз печени.
Состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота “ кофейной гущей”.
Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения.
АД 90/50. Гемоглобин 86 г/л.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. Методы обследования
3. Тактика лечения

Задача 6.7.
Больная Н., 51 года. Жалобы на тяжесть, периодические приступообразные боли в правом подреберье, возникающие после приема жирной пищи, горечь во рту, тошноту, изредко - рвоту.
Считает себя больной в течение 3 лет.
Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Дыхание в легких везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Сердечные тоны ритмичные с числом 64 в минуту. АД 130/80 мм. рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом, больше у корня. Живот мягкий, болезненный при пальпации в точке Роже, симптомы Кера и Ортнера положительные.
Общий анализ крови: эритроциты – $4,2x10^{12}$/л, Hb– 140 г/л, СОЭ – 19 мм/ч, лейкоциты– $8,6x10^{9}$/л, п/янейтрофилы – 2%, с/я нейтрофилы – 56%, эозинофилы – 2%, моноциты – 3%, лимфоциты – 37%. БАК: билирубин общий – 17,3 мкмоль/л, АЛТ – 29 ЕД/л, АСТ – 30 ЕД/л. УЗИ: желчный пузырь – 8,8х3,2 мм, толщина стенки – 5 мм. В просвете желчного пузыря два камня диаметром 20 мм.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. Программа обследования
3. Группы препаратов, используемые при лечении

Задача 6.8.
Больная Е. 34 года поступила на 5 день болезни, без сознания. На болевые раздражители не реагирует. Корнеальные рефлексы сохранены. Выраженная желтуха. Печеночный запах изо рта. Печень перкуторно выше реберной дуги. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад больной произвели медицинский аборт, по показаниям – переливание крови.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз
3. Лечебные мероприятия

Задача 6.9.
Больной, 40 лет, поступил с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе и рвоту.
Заболел накануне, появились боли в животе, которые постепенно усиливались и стали нетерпимыми. Три раза была рвота, газы не отходят. Стул был за сутки до заболевания.
При осмотре живот умеренно вздут, слегка напряжен, болезнен при пальпации во всех отделах. Симптом Блюмберга отрицателен, но определяется «шум плеска» при сотрясении брюшной стенки. Перистальтика звучная, редкая, слышна на расстоянии. Язык сухой, пульс 104 в минуту, лейкоцитоз $5,3x10^{9}$/л, температура 36,8°С
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. План обследования пациента
3. Дифференциальный диагноз

Задача 6.10.
Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят.
При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя спокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ними не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено.
Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. Тактика лечения

Задача № 7.1
Мужчина 57 лет, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на изжогу за грудиной, сухой частый кашель, кислую отрыжку. Данные симптомы беспокоят в течение 15 лет. Для купирования симптомов периодически принимает альмагель, раствор соды, фамотидин с положительным эффектом. Неоднократно обращался к терапевту, при выполнении ФГДС отмечались единичные эрозии дистального отдела пищевода. Вредные привычки отрицает. Из хронических заболеваний сахарный диабет II типа, гипертоническая болезнь II стадии неконтролируемое течение. Явное ухудшение отметил последние 3 месяца, когда симптомы стали ежедневными и интенсивными. Обратился к гастроэнтерологу. При обследовании: по данным ФГДС выявлены множественные циркулярно расположенные эрозии в нижней трети пищевода с очаговой метаплазией, неоплазия? наличие большого количества желчи и слизи в желудке.
Объективно: Температура тела 36, 5 С. ИМТ = 35.7 кг/м2. кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 102 уд/мин., АД – 150/85 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Задача № 7.2
Мужчина 69 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на отсутствие аппетита, снижение веса на 6 кг за 2 месяца, ноющие боли в верхнем отделе живота. Считает себя больным в течение 1.5 лет, когда впервые отметил снижение аппетита и появление дискомфорта в эпигастральной области. Обратился к терапевту за медицинской помощью. В клиническом анализе крови повышение СОЭ до 55 мм/час. В биохимическом анализе крови без отклонений. По данным ФГДС обнаружен язвенный дефект 1х1.5 см в теле желудка. Биопсия не взята. Терапевтом рекомендовано выполнение С13 дыхательного уреазного теста (отрицательный). Назначен эзомепразол, альмагель с незначительным положительным ответом. Явное ухудшение отметил последние 2 месяца, когда отметил вышеописанные жалобы. При повторном визите к терапевту выполнено ФГДС, по результатам которого отмечается единичный язвенный дефект тела желудка 1.5х2 см. Биопсия не взята. С результатами ФГДС направлен к гастроэнтерологу. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 23.7 кг/м2. кожные покровы и видимые слизистые бледно-серого оттенка. Пульс 98 уд/мин., АД – 120/85 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной

области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Задача № 7.3
Мужчина 38 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на ноющие боли в верхнем отделе живота, тошноту, тяжесть после приема пищи. Считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые отметил вышеописанные жалобы. Обратилась к терапевту за медицинской помощью. Лабораторно без изменений. По данным ФГДС обнаружено полиповидное образование на большой кривизне желудка 1х1.5 см. Выполнена тотальная биопсия. По данным морфологического исследования подозрение на В-клеточную лимфому маргинальной зоны. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 24.7 кг/м2. кожные покровы и видимые слизистые нормального оттенка. Пульс 70 уд/мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Задача № 7.4
Больной, 76 лет, 3 часа назад внезапно отметил острые боли в нижних отделах живота, холодный пот, тошноту. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет он страдает запорами, иногда в кале бывает темная кровь и слизь. В последние полгода увеличилась продолжительность запоров, больной стал периодически ощущать вздутие живота. В течение последних 4 дней стула не было, перестали отходить газы. При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс - 96 уд/мин. При перкуссии живота - тимпанит, живот умеренно вздут, значительно болезненный и напряжен в нижних отделах, больше слева, там же — положительные симптомы раздражения брюшины. Какой предположительный диагноз?

Задача № 7.5
Мужчина 56 лет обратился к участковому врачу с жалобами на тупые боли в эпигастральной области, общую слабость.
Болен в течение нескольких месяцев, симптомы развивались постепенно, снизился аппетит, появилось отвращение к мясной и молочной пище, похудел на 6 кг.
Ранее практически не болел, алкоголем не злоупотребляет. Курит с 15 лет по 1-1,5 пачки сигарет в день.
Объективно: Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. PS 88 в 1 мин., ритмичный. АД 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены равномерно, шумы не выслушиваются. Дыхание жесткое, хрипов нет. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 5 см выступает из-под реберной дуги, плотная, бугристая, безболезненная.
Какой предположительный диагноз?

Задача № 7.6
Больной Е., 65 лет, обратился в клинику с жалобами на нарастающую слабость, понижение аппетита, похудание, боли в правом подреберье.
Ухудшение самочувствия отмечает в течение 5-и месяцев.
Объективно: температура $36,6^0$С. Общее состояние средней тяжести. Желтовато-серый цвет лица, тургор кожи понижен. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен бело-серым

налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 4 см выступает из-под реберной дуги, плотная, бугристая, безболезненная.

Задача № 7.7

Больной А., инженер, 55 лет, жалуется на слабость, одышку, головокружение при ходьбе, периодически мазевидный стул черного цвета, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудел на 5кг за 3 месяца, субфебрильную температуру тела в течение дня, без озноба.

Считает себя больным около 3 месяцев, когда впервые появились слабость, недомогание, периодически черный стул. За медицинской помощью не обращался, принимал поливитамины, лекарственные сборы трав. Постепенно присоединились головокружение и одышка при ходьбе. Месяц назад присоединилась субфебрильная температура тела. Обратился к участковому терапевту, для обследования и лечения направлен в терапевтическое отделение городской больницы.

Профессиональный анамнез: инженер.

Питается нерегулярно, диету не соблюдает.

Вредные привычки отрицает.

Наследственность не отягощена.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, нормальной влажности, чистые, тургор и эластичность снижены. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. ИМТ 17 кг/м 2. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 22 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 98 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Грыжевидные выпячивания не определяются. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, безболезненные, не урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется область пальпации безболезненная. Методом аускульто-аффрикции нижняя граница желудка на 2см выше пупка. При глубокой пальпации определяется безболезненное уплотнение в проекции большой кривизны желудка. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 х 8 х 7см, пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненная, размеры по Курлову 6 х 4см. поджелудочная железа не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Задача № 7.8

Больной, 86 лет, с жалобами на боли в нижних отделах живота, тошноту. Из анамнеза известно, что в течение 2 лет он страдает запорами, иногда в кале отмечает появление крови и слизи. Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, при глубокой пальпации в области слепой кишки пальпируется образование диаметром до 6 см. Какой предположительный диагноз?

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 3

Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)

1. Особенности подготовки и проведения основных лабораторных методов исследования желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях
2. Особенности подготовки и проведения основных инструментальных методов исследования желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях
3. Клинические критерии отбора больных с целью осуществления квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях
4. Варианты течения заболеваний органов пищеварения, при которых возможно осуществление квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях
5. Экспертиза временной нетрудоспособности
6. Клинико-социальные аспекты лечения больных с гастроэнтерологической патологией в поликлинике
7. Принципы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных
8. Методы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных
9. Причины желудочной диспепсии
10. Механизм развития желудочной диспепсии
11. Виды желудочной диспепсии
12. Алгоритм обследования больных с желудочной диспепсией
13. Принципы терапии и профилактики больных с желудочной диспепсией
14. Показания для госпитализации пациентов с желудочной диспепсией
15. Причины кишечной диспепсии
16. Механизм развития кишечной диспепсии
17. Виды кишечной диспепсии
18. Алгоритм обследования больных с кишечной диспепсией
19. Принципы терапии и профилактики больных с кишечной диспепсией
20. Показания для госпитализации пациентов с кишечной диспепсией
21. Причины билиарной диспепсии
22. Механизм развития билиарной диспепсии
23. Виды билиарной диспепсии
24. Алгоритм обследования больных с билиарной диспепсией
25. Принципы терапии и профилактики больных с билиарной диспепсией
26. Показания для госпитализации пациентов с билиарной диспепсией
27. Причины панкреатогенной диспепсии
28. Механизм развития панкреатогенной диспепсии
29. Виды панкреатогенной диспепсии
30. Алгоритм обследования больных с панкреатогенной диспепсией
31. Принципы терапии и профилактики больных с панкреатогенной диспепсией
32. Показания для госпитализации пациентов с панкреатогенной диспепсией
33. Дифференциальный диагноз билиарной и панкреатогенной диспепсии в поликлинических условиях
34. Алгоритм обследования больных с билиарной и панкреатогенной диспепсией
35. Дифференциальный диагноз при кишечной диспепсии
36. Алгоритм обследования больных с кишечной диспепсией
37. Дифференциальный диагноз при синдроме холестаза в амбулаторных условиях
38. План обследования больных с синдромом холестаза
39. Дифференциальный диагноз при болевом абдоминальном синдроме в амбулаторных условиях
40. План обследования больных при болевом абдоминальном синдроме

41. Особенности ведения пациентов с функциональными расстройствами органов желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях
42. Методы обследования пациентов с функциональными расстройствами органов желудочно-кишечного тракта
43. Принципы лечения пациентов с функциональными расстройствами органов желудочно-кишечного тракта
44. Особенности ведения полиморбидных больных с заболеваниями органов пищеварения в амбулаторных условиях
45. Принципы оказания неотложной помощи гастроэнтерологическим больным на догоспитальном этапе
46. Основные показания для госпитализации при различных заболеваниях органов пищеварения
47. Принципы профилактики заболеваний органов пищеварения в поликлинических условиях
48. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях бронхолегочной системы
49. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией
50. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы
51. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией
52. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях мочевыделительной системы
53. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией
54. Особенности поражений органов пищеварительной системы при патологии соединительной ткани
55. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией
56. Особенности поражений органов пищеварительной системы при эндокринной патологии
57. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией
58. Особенности поражений органов пищеварительной системы при муковисцидозе, амилоидозе и гемохроматозе
59. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией
60. Особенности поражений органов пищеварительной системы при СПИД и туберкулезе
61. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией
62. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях крови
63. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией
64. Особенности поражений органов пищеварительной системы при профессиональных интоксикациях
65. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией
66. Особенности поражений органов пищеварительной системы при паразитарных и глистных инвазиях

67. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией
68. Особенности поражений органов пищеварительной системы при аллергических заболеваниях
69. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 4 – защита курсовой работы

Темы курсовой работы (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8):

1. Современные подходы к медикаментозному лечению пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.
2. Канцеропревенция в отношении рака желудка при атрофическом гастрите.
3. Скрининг колоректального рака в амбулаторной клинической практике.
4. Тактика ведения пациента с пищеводом Барретта.
5. Лимфопролиферативные заболевания, сопровождающиеся поражением органов пищеварительной системы.
6. Эпидемиология и современные методы диагностики вирусных гепатитов.
7. Современная диагностика нейроэндокринных опухолей.
8. Современные подходы к ведению пациентов с синдромом раздраженного кишечника и overlap-синдромом.
9. Дифференциальная диагностика желтух в амбулаторной клинической практике.
10. Тактика ведения пациента с псевдомембранозным колитом.
11. Сосудистые заболевания кишечника.
12. Холестероз желчного пузыря.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ
Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»
ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ
Кафедра пропедевтики внутренних болезней с клиникой

Ю.А. Фоминых, С.В. Иванов, К.Н. Наджафова

ДИАРЕЙНЫЙ СИНДРОМ

Учебное пособие

Санкт-Петербург
2023

Фоминых Ю.А., Иванов С.В., Наджафова К.Н., Диарейный синдром. Учебное пособие. – 2023. – 42с.

Авторы:
Фоминых Ю.А. – д.м.н., доцент, и.о. заведующего кафедрой пропедевтики внутренних болезней с клиникой ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, профессор кафедры факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России
Иванов С.В. – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, доцент кафедры факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России
Наджафова К.Н. – ассистент кафедры факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

Рецензенты:
Дударенко С.В. – д.м.н., профессор, заведующий отделом терапии и интегративной медицины ФГБУ «Всероссийский центр радиационной и экстремальной медицины имени А.М. Никифорова» МЧС России.
Захаренко С.М. – к.м.н., доцент, заместитель директора ФГБУ «Детский научно-клинический центр инфекционных болезней Федерального медико-биологического агентства» России.

В пособии представлены отечественные и зарубежные данные о механизмах, классификации, подходах к диагностике диарейного синдрома, а также алгоритмы дифференциальной диагностики и лечения. Отдельно рассматриваются некоторые виды нозологии, которые часто являются причиной диарейного синдрома и имеют важное клиническое значение.

Учебное пособие предназначено для подготовки ординаторов по специальностям 31.08.28 Гастроэнтерология, а также может быть использовано студентами медицинских ВУЗов и дипломированными специалистами. Кроме того, оно может оказаться полезным при подготовке терапевтов, педиатров, врачей общей практики, инфекционистов. Учебное пособие может быть использовано в качестве учебных материалов при различных формах последипломного обучения.

Одобрено в качестве учебного пособия Учебно-методическим советом ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «23» ноября 2023 г., протокол №13/2023.

Обсуждено на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «27» ноября 2023 г., протокол № 11

Оглавление

Список сокращений 265
Формируемые компетенции 265
ОПРЕДЕЛЕНИЕ 266
ЭПИДЕМИОЛОГИЯ 267
ЭТИОЛОГИЯ 267
ПАТОГЕНЕЗ 268
КЛАССИФИКАЦИЯ 269
КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА 270
ДИАРЕЯ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА 271
ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАРЕЯ 272
ДИАРЕЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА 274
АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ 276
ДИАРЕЯ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ 280
АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАРЕИ 281
ЛЕЧЕНИЕ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА 283
ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ДИАРЕИ 283
ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИАРЕИ 284
ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ДИАРЕЕЙ 285
ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАРЕИ 286
ЛЕЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ 286
Пробиотические штаммы, эффективные для профилактики антибиотикоассоциированной диареи: 287
Пробиотические штаммы, эффективные для профилактики C. difficile-ассоциированной болезни: 287
ЗАКЛЮЧЕНИЕ 287
КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЙ МАТЕРИАЛ 288
ЛИТЕРАТУРА 291

Список сокращений

ААД – антибиотикоассоциированная диарея
ВЗК – воспалительные заболевания кишечника
ВКС - видеоколоноскопия
ВОЗ – Всемирная организация здравоохранения
ЖКТ – желудочно-кишечный тракт
ОКИ – острые кишечные инфекции
ПМК – псевдомембранозный колит
ПЦР – полимеразная цепная реакция
СИБР – синдром избыточного бактериального роста
СРК – синдром раздраженной кишки
СПИД – синдром приобретенного иммунодефицита
УЗИ – ультразвуковое исследование
ФД – функциональная диарея
ЭГДС – эзофагогастродуоденоскопия

Формируемые компетенции

ПК – 1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

ПК – 2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.

ПК – 5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

ПК – 6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи.

ПК – 8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Согласно определению Всемирной Организации Здравоохранения (ВОЗ), диарея (др.-греч. διά-ρροια — *поно́с* от др.-греч. δια-ρρέω — *течь сквозь или через, протекать*) представляет собой неоформленный или жидкий стул три или более раз в день. Обращает на себя внимание то, что по данному определению, частый оформленный стул, а также неоформленный, "пастообразный" стул детей, находящихся на грудном вскармливании, не является диареей. С другой стороны, в ряде случаев ежедневный однократный стул, но более жидкой консистенции, чем в норме, может быть расценен как вариант диареи. Следовательно, важными признаками диареи следует считать более высокое, чем в норме, содержание воды в кале, т.к. при диарее оно возрастает с 60-75% до 85-95%, а также увеличение массы фекалий до 300 г/сут и выше. По Бристольской шкале формы стула при диарее стул характеризуется как тип 6, содержащий до 85% воды, и тип 7, содержащий до 90% воды (рисунок 1).

Тип стула	**Описание**	**Внешний вид**
Тип 1	Отдельные жёсткие куски, похожие на орехи, пассаж по прямой кишке затруднён	
Тип 2	Колбасовидный комковатый кал	
Тип 3	Колбасовидный кал с поверхностью, покрытой трещинами	
Тип 4	Колбасовидный или змеевидный кал с мягкой и гладкой поверхностью	
Тип 5	Кал в форме мягких комочков с чёткими краями, легко проходящий через прямую кишку	
Тип 6	Пористый, рыхлый, мягкий кал в форме пушистых комочков с рваными краями	
Тип 7	Водянистый кал, без твёрдых кусочков; либо полностью жидкий	

Рисунок 1. Бристольская шкала форм стула.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

Распространенность диарейного синдрома крайне высока в популяции. Согласно данным ВОЗ, диарея является второй по значимости причиной смерти среди детей в возрасте до пяти лет. В основном это «заслуга» инфекционной диареи. При этом важным является факт, что значительную долю случаев развития диарейного синдрома можно предотвратить путем обеспечения безопасности питьевой воды и соблюдения элементарных санитарно-гигиенических мероприятий и норм.

Следует отметить, что различные варианты диареи в зависимости от причины и заболевания, вызвавшего нарушения стула, имеют различную частоту встречаемости. Так, например, распространенность функциональной диареи (ФД) по различным оценкам в среднем составляет 1,5-2%, с разбросом от 0,9 до 4,8% и выше; частота встречаемости диареи путешественник достигает до 10%, а антибиотикоассоциированной диареи (ААД) колеблется от 2% до 25%.

ЭТИОЛОГИЯ

К основным причинам, часто вызывающим диарею, относят:

- инфекционная диарея (при острых кишечных инфекциях и пищевых токсикоинфекциях, а также вирусных инфекциях (таблица 1), и постинфекционный синдром раздраженного кишечника (СРК) с преобладанием диареи;
- диарея при хронических заболеваниях желудочно-кишечного тракта (ЖКТ) (язвенный колит, болезнь Крона, хронический панкреатит, заболевания печени и желчевыводящих путей, СРК с преобладанием диареи, синдром мальабсорбции, целиакия, опухоли ЖКТ, диарея после предшествующих хирургических вмешательств (резекция желудка, тонкой кишки и т.п.), после облучения брюшной полости или ЖКТ и др.);
- диарея как проявление дисбиоза кишечника, в том числе ААД вплоть до развития псевдомембранозного колита (ПМК);
- диарея путешественников (как реакция организма на изменение качества воды и продуктов питания, а также диарея вследствие бактериальной инфекции);
- лекарственная диарея, том числе диарея при передозировке и/или длительном применении слабительных препаратов (осмотические солевые слабительные, препараты сенны и др.) и средств для снижения массы тела, а также диарея на фоне приема химиопрепаратов;
- диарея при заболеваниях внутренних органов: некоторых эндокринных заболеваниях (тиреотоксикоз, сахарный диабет 1 типа, хроническая почечная недостаточность), гормонально-активных опухолях (карциноид, випома, гастринома), диарея при иммунодефицитах (дефицит иммуноглобулина, СПИД, аутоиммунные заболевания и др.);
- ФД (согласно Римским критериям IV);
- аллергическая диарея может быть вызвана пищевой аллергией или индивидуальной непереносимостью какого-либо продукта питания. Непереносимость клейковины (целиакия), содержащейся во многих злаковых, или лактозы – компонента молочных продуктов – вызывает хронические нарушения работы кишечника, продолжающиеся более месяца даже в том случае, если продукт-раздражитель был употреблен однократно. Длительная диарея также может развиться как реакция на какое-либо синтетическое вещество (лекарство, пищевой краситель или ароматизатор и пр.);

- диарея при погрешностях в диете: чрезмерное употребление некоторых продуктов питания и пищевых консервантов: соевый белок, коровье молоко, сорбит, фруктоза, олестра (заменитель жира);
- диарея при нарушениях обмена веществ;
- хроническая диарея возникает при злоупотреблении алкоголем;
- диарея вследствие уменьшения притока крови в толстой кишке (ишемический колит);
- диарея вследствие генетических заболеваний (кистозный фиброз, недостаток ферментов) и пороков развития.

Таблица 1. Этиологические факторы развития инфекционной диареи.

Бактериальные инфекции	Вирусные инфекции	Протозойные инфекции
Salmonella spp. Shigella spp. Campylobacter Clostridium spp. E. coli (энтеропатогенные штаммы) Yersinia spp. Mycobacterium spp. Neisseria gonorrhea Chlamydia spp.	Ротавирусы Аденовирусы Астровирусы Калицивирусы Вирус Норфолк Вирус Бреда Цитомегаловирус Вирус простого герпеса	Дизентерийная амеба Лямблии Крипроспоридии Изоспоры

ПАТОГЕНЕЗ

Выделяют 4 патогенетических варианта диареи (рисунок 2, таблица 2).

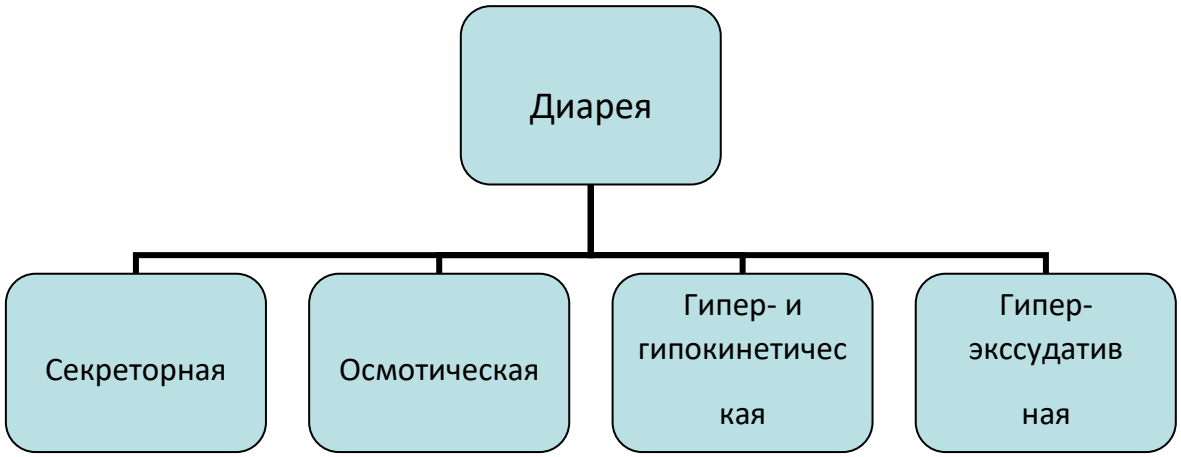


Рисунок 2. Патогенетические варианты диареи.

Таблица 2. Характеристика патогенетических вариантов диареи.

Тип диареи, характер стула	Патогенетические механизмы
Гиперсекреторная (или секреторная): повышенная секреция воды и электролитов в просвет кишки; осмолярное	*Пассивная секреция:* увеличение гидростатического давления вследствие поражения лимфатических сосудов кишечника (лимфангиэктазия, лимфома, амилоидоз кишечника, болезнь Уиппла), увеличение

давление кишечного содержимого ниже осмолярного давления плазмы. Стул обильный, водянистый.	гидростатического давления вследствие недостаточности правого желудочка сердца. *Активная секреция:* секреторные агенты, связанные с активацией системы аденилатциклаза – циклический аденозинмонофосфат; желчные кислоты; жирные кислоты с длинной цепью; бактериальные токсины (холерный, кишечной палочки, стафилококковый, клостридиальный и др.); слабительные (сенна, фенолфталеин, касторовое масло); повышенное выделение вазоинтестинального пептида, глюкагона, простагландинов, серотонина, кальцитонина, субстанции Р, например, при опухолях; действие химиотерапевтических препаратов (5-фторурацил).
Гиперосмолярная (осмотическая): сниженная абсорбция воды и электролитов; осмолярное давление кишечного содержимого выше осмолярного давления плазмы. Полифекалия, стеаторея.	*Нарушения переваривания и всасывания:* нарушения всасывания (целиакия, ишемия тонкой кишки, врожденные дефекты абсорбции, состояние после резекции тонкой кишки); нарушения мембранного пищеварения (дисахаридазная недостаточность и др.); нарушения полостного пищеварения: дефицит панкреатических ферментов (хронический панкреатит, сахарный диабет, рак поджелудочной железы); дефицит желчных солей (желчнокаменная болезнь, болезни подвздошной кишки, состояние после резекции тонкой кишки); недостаточное время контакта химуса с кишечной стенкой: резекция тонкой кишки: энтеро-энтероанастомоз и межкишечный свищ; действие солевых слабительных (сульфат магния).
Гипер- и гипокинетическая: повышенная или замедленная скорость транзита кишечного содержимого; осмолярное давление кишечного содержимого равно осмолярному давлению плазмы. Стул жидкий или кашацеобразный необильный.	*Повышенная скорость транзита*: неврогенная стимуляция (СРК, диабетическая энтеропатия, тиреотоксикоз); гормональная стимуляция (серотонин, простагландины, секретин, панкреозимин); фармакологическая стимуляция (слабительные антрохинонового ряда, изофенин, фенолфталеин). *Замедленная скорость транзита*: склеродермия (сочетается с синдромом избыточного бактериального роста), синдром слепой петли.
Гипер-экссудативная: «сброс» воды и электролитов в просвет кишки; осмолярное давление кишечного содержимого выше осмолярного давления плазмы. Жидкий необильный стул с примесью слизи, крови.	Воспалительные болезни кишечника (болезнь Крона, язвенный колит); кишечные инфекции с цитотоксическим действием (дизентерия, сальмонеллез); туберкулез кишечника, ишемическая болезнь тонкой и толстой кишки; энтеропатии с потерей белка.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Все варианты диарейного синдрома можно подразделить на острую и хроническую диарею.

- Острая диарея - продолжительность не более 2-3 недель. В основе развития острой диареи чаще всего лежит инфекционный фактор.
- Хроническая диарея – систематически обильный стул, масса которого превышает 300г/сут, продолжающийся более 3 недель с ежедневным стулом более 3 раз.

Код по международной классификации болезней МКБ-10:

- P78.3 Неинфекционная диарея у новорожденного
- A09 Диарея и гастроэнтерит предположительно инфекционного происхождения
- A07.9 Протозойная кишечная болезнь неуточненная
- K52.9 Неинфекционный гастроэнтерит и колит неуточненный
- K59.1 Функциональная диарея
- R19.4 Изменения в деятельности кишечника
- P37 Другие врожденные инфекционные и паразитарные болезни
-

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Основной клинический симптом - наличие собственно послабления стула. При этом важным фактором является оценка консистенции стула по Бристольской шкале (рисунок 1), а также уточнение частоты и объема стула, наличия тенезмов и патологических примесей в стуле.

Оценка клиники заболевания помогает различить между собой энтеральную и колитическую диарею (таблица 3).

Таблица 3. Дифференциальные признаки энтеральной и колитической диареи.

Признак	Энтеральная диарея	Колитическая диарея
Частота стула	До 5-6 раз в сутки	До 10 раз в сутки и более
Объём стула	Обильный	Чаще скудный
Тенезмы	Нет	Часто
Консистенция	Водянистый	Кашицеобразный, со слизью
Императивные позывы на дефекацию	Нет	Возможны

Также у пациентов могут отмечаться сопутствующие жалобы, связанные с нарушениями работы ЖКТ и негативными последствиями диареи на уровне организма.

Абдоминальный болевой синдром нередко сопряжен с развитием диареи. Боли, как правило, умеренной интенсивности, локализуются по ходу петель толстой кишки, изменяются после дефекации, носят спастический характер.

Диарею могут сопровождать симптомы диспепсии: вздутие и урчание живота, потеря аппетита, тошнота и рвота, а также симптомы интоксикации: лихорадка, потливость, слабость, тахикардия.

При выраженной диарее существует опасность обезвоживания с развитием нарушений электролитного баланса. Серьезная опасность диареи заключается в том, что при учащении стула и ускоренном пассаже содержимого по кишечнику не происходит достаточного усвоения питательных веществ, витаминов и минералов. Одним из наиболее грозных последствий любого патогенетического варианта как острой, так и хронической диареи является потеря калия и магния. Также опасны гиповитаминоз и истощение организма. В ряде случаев длительное рецидивирующее течение диареи может стать причиной выраженных изменений строения и функционирования различных внутренних органов. Длительное обезвоживание крайне опасно для детей и пожилых людей, что в

некоторых случаях может привести не только к серьезным системным заболеваниям, но даже к летальному исходу.

В каждом конкретном случае присутствуют и симптомы основного заболевания, что помогает в дифференциальной диагностике диарейного синдрома.

Важно обратить внимание на наличие симптомов тревоги, которые могут способствовать раннему выявлению тяжелых заболеваний или новообразований ЖКТ. К этим симптомам относятся:

- Появление жидкого стула в ночное время;
- Снижение массы тела;
- Подъём температуры тела;
- Наличие слизи или гноя в стуле;
- Наличие в анамнезе у родственников воспалительных заболеваний кишечника (ВЗК) или онкологических заболеваний ЖКТ;
- Изменения в клиническом анализе крови (анемия, лейкоцитоз, ускорение СОЭ);
- Обнаружение крови в кале;
- Чередование запоров и поносов у пожилого пациента;
- Начало заболевания в возрасте старше 50 лет;

ДИАРЕЯ ПРИ СИНДРОМЕ РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА

СРК – функциональное расстройство кишечника, проявляющееся связанной с актом дефекации болью в животе, которая возникает как минимум 1 раз в неделю, носит рецидивирующий характер и сочетается с изменением частоты и/или формы стула. Для постановки диагноза данные симптомы должны наблюдаться на протяжении последних 3 месяцев при общей продолжительности наблюдения 6 и более месяцев.

В зависимости от характера изменения типа стула, оцениваемой по Бристольской шкале формы кала (рисунок 1), выделяют 4 варианта течения СРК (таблица 4).

Таблица 4. Классификация СРК.

Тип течения СРК	Форма кала в ≥ 25% дефекаций	Форма кала в <25% дефекаций	Альтернативный вариант постановки диагноза
СРК с запором СРК-З	1-2 тип по Бристольской шкале	6-7 тип по Бристольской шкале	Пациент сообщает, что у него отмечается преимущественно запор (1-2 тип)
СРК с диареей СРК-Д	6-7 тип по Бристольской шкале	1-2 тип по Бристольской шкале	Пациент сообщает, что у него отмечается преимущественно диарея (6-7 тип)
Смешанный вариант СРК-М	1-2 и 6-7 тип по Бристольской шкале		Пациент сообщает, что у него возникает как запор (более чем в ¼ всех дефекаций), так и диарея (более чем в ¼ всех дефекаций)
Неклассифицируемый вариант СРК	Жалобы пациента соответствуют диагностическим критериям СРК, но этого недостаточно, для диагностики первых трёх вариантов заболевания		

Особым вариантом СРК является так называемый постинфекционный СРК – комплекс жалоб, характерных для классического СРК после перенесенных острых кишечных инфекций (ОКИ). В патогенезе постинфекционного СРК лежит феномен висцеральной гиперчувствительности, синдром избыточного бактериального роста (СИБР) в тонкой кишке и снижение иммунной защиты организма. По данным ряда авторов у 25% лиц, перенесших ОКИ, в той или иной степени имеются проявления постинфекционного СРК.

Алгоритм диагностики СРК:

- Выполнение клинического и биохимического анализов крови;
- Определение антител к тканевой трансглутаминазе (АТ к tTG) IgA или IgG, антител к эндомизию для дифференциальной диагностики с глютеновой энтеропатией у пациентов с СРК-Д и СРК-М;
- Определение уровня гормонов щитовидной железы;
- Анализ кала для выявления скрытой крови;
- Водородный дыхательный тест с глюкозой или лактулозой для выявления СИБР у пациентов с СРК-Д и СРК-М;
- Анализ кала для выявления бактерий кишечной группы (Shigella spp., Salmonella spp., Yersinia spp. и др), токсинов А и В Clostridium difficile, определение уровня кальпротектина в кале, суточной потери жира (по показаниям) у пациентов с СРК-Д и СРК-М;
- УЗИ органов брюшной полости;
- ЭГДС с биопсией из залуковичной области двенадцатиперстной кишки для исключения целиакии (при выявлении АТ к tTG в диагностическом титре у больных целиакией или их родственников первой линии), болезни Уиппла, энзимопатий (лактазной недостаточности, сахаразной недостаточности и т.д.);
- Проведение ВКС с биопсией для исключения органических заболеваний (опухолевого процесса, болезни Крона).

ФУНКЦИОНАЛЬНАЯ ДИАРЕЯ

ФД (функциональной диареей) называется непрерывный или рецидивирующий синдром, характеризующийся прохождением свободного (мягкого) или водянистого стула, не сопровождающимся болями в животе или же дискомфортом. Обращает на себя внимание, что согласно Римским критериям IV абдоминальная боль может присутствовать при ФД, но в данном случае боль не является ведущим симптомом.

По данным различных исследований, частота функциональной диареи различна и составляет от 1,5- 2% у врачей общей практики до 9,6-17% в практике гастроэнтеролога.

Патофизиология функциональной диареи продолжает активно изучаться. В ряде исследований обнаружено снижение количества непропульсивных сокращений толстой кишки при увеличении количества активных пропульсивных сокращений. Установлено, что именно жидкий/мягкий стул, попадая в нижние отделы прямой кишки, способствует возникновению императивных позывов к опорожнению. При изучении психосоциальных особенностей выявлено, что острый стресс индуцирует ускорение транзита по толстой кишке.

Диагностическими критериями ФД согласно Римским критериям IV являются:

- жидкий (кашицеобразный) или водянистый стул, не сопровождающийся доминирующей абдоминальной болью или дискомфортом, по крайней мере, в 25% случаев дефекации и чаще;

- наличие стабильных симптомов как минимум в течение трёх месяцев с началом появления симптомов как минимум за шесть месяцев до постановки диагноза;
- исключение критериев СРК-Д.

Диагноз ФД должен базироваться на трех критериях: анамнез болезни, физикальное обследование, минимально необходимый объем лабораторных анализов. Следует отметить, что, говоря о ФД, преобладающим диагностическим критерием следует считать не столько изменение частоты стула и императивность позывов, сколько изменение его консистенции, определяемой по Бристольской шкале формы стула. К важным лабораторным методам обследования при ФД, т.е. при хронической диарее, относятся:

Диагноз любого функционального расстройства – это диагноз исключения, поэтому при обследовании пациентов требуется проведение дополнительных лабораторно-инструментальных обследований для подтверждения или исключения органического заболевания, способного вызвать диарею.

- Клинический анализ крови для выявления анемии, повышенной СОЭ, лейкоцитоза.
- Биохимический анализ с определением концентрация общего белка, альбумина, уровня холестерина, глюкозы, билирубина, железа, активности трансаминаз, амилазы и липазы.
- Анализ кала на скрытую кровь.
- ВКС – основной метод верификации диагноза, с помощью которого
- определяется состояние слизистой оболочки подвздошной и толстой кишки;
- исключаются органические заболевания, которые могут быть причиной развития запора или диареи;
- проводится взятие биоптатов из подозрительных участков слизистой оболочки подвздошной и толстой кишки.
- Дополнительно для диагностики сопутствующей патологии желудочно-кишечного тракта, гепатобилиарной системы и поджелудочной железы – проводится ЭГДС, УЗИ и компьютерная томография органов брюшной полости.
- Бактериологическое исследование кала для оценки степени выраженности дисбиотических расстройств кишечной микробиоты с последующим индивидуальным подбором терапии для коррекции нарушений микробиоты.
- Для диагностики возможных тревожно-депрессивных расстройств в клинической практике рекомендуется использовать госпитальную шкалу тревоги и депрессии (рисунок 3). Шкала разработана A. Zigmond и R. Snaith в 1983 г. Она относится к субъективным шкалам и предназначена для скринингового выявления тревожных и депрессивных расстройств у пациентов с соматической патологией. Шкала состоит из 14 вопросов, характеризующих подшкалы тревоги (7 вопросов) и депрессии (7 вопросов). Каждому вопросу соответствует 4 варианта ответов, отражающих выраженность признака в баллах от 0 до 3. При интерпретации данных учитывается сумма показателей по каждой подшкале с выделением 3 групп значений: 0-7 – норма; 8-10 – субклинически выраженная тревога/депрессия; ≥ 11 – клинически выраженная тревога/депрессия.

1. Я испытываю напряжение, мне не по себе 3 - все время 2 - часто 1 - время от времени, иногда 0 - совсем не испытываю	1. То, что приносило мне большое удовольствие, и сейчас вызывает у меня такое же чувство 0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - это совсем не так
2. Я испытываю страх, кажется, что что-то ужасное может вот-вот случиться 3 - определенно это так, и страх очень велик 2 - да, это так, но страх не очень велик 1 - иногда, но это меня не беспокоит 0 - совсем не испытываю	2. Я способен рассмеяться и увидеть в том или ином событии смешное 0 - определенно, это так 1 - наверное, это так 2 - лишь в очень малой степени, это так 3 - совсем не способен
3. Беспокойные мысли крутятся у меня в голове 3 - постоянно 2 - большую часть времени 1 - время от времени и не так часто 0 - только иногда	3. Я испытываю бодрость 3 - совсем не испытываю 2 - очень редко 1 - иногда 0 - практически все время
4. Я легко могу присесть и расслабиться 0 - определенно, это так 1 - наверно, это так 2 - лишь изредка, это так 3 - совсем не могу	4. Мне кажется, что я стал все делать очень медленно 3 - практически все время 2 - часто 1 - иногда 0 - совсем нет
5. Я испытываю внутреннее напряжение или дрожь 0 - совсем не испытываю 1 - иногда 2 - часто 3 - очень часто	5. Я не слежу за своей внешностью 3 - определенно, это так 2 - я не уделяю этому столько времени, сколько нужно 1 - может быть, я стал меньше уделять этому времени 0 - я слежу за собой так же, как и раньше
6. Я испытываю неусидчивость, мне постоянно нужно двигаться 3 - определенно, это так 2 - наверно, это так 1 - лишь в некоторой степени, это так 0 - совсем не испытываю	6. Я считаю, что мои дела (занятия, увлечения) могут принести мне чувство удовлетворения 0 - точно так же, как и обычно 1 - да, но не в той степени, как раньше 2 - значительно меньше, чем обычно 3 - совсем так не считаю
7. У меня бывает внезапное чувство паники 3 - очень часто 2 - довольно часто 1 - не так уж часто 0 - совсем не бывает	7. Я могу получить удовольствие от хорошей книги, радио- или телепрограммы 0 - часто 1 - иногда 2 - редко 3 - очень редко

Рисунок 3. Госпитальная шкала тревоги и депрессии.

ДИАРЕЯ ПРИ НАРУШЕНИЯХ МИКРОБИОТЫ КИШЕЧНИКА

Получены клинические и экспериментальные данные, позволяющие расценить причину многих заболеваний внутренних органов как следствие нарушения равновесия между доминирующим макроорганизмом и эндоэкосистемой. В состоянии эубиоза, т.е. при оптимальных количественных и качественных взаимоотношениях микроорганизмов, создаются наиболее благоприятные условия для жизнедеятельности организма человека в целом. Более того «относительно недавно кишечная микрофлора, в частности бактерии толстой кишки, стали расцениваться как основная детерминанта здоровья и заболеваний у людей». Когда же нормальные соотношения в микробиоценозах человека изменяются, нарушаются защитные, метаболические, регуляторные и другие свойства микробиоты. Нарушения микробиоценоза кишечника встречаются у 90-100% больных не только с патологией органов желудочно-кишечного тракта (СРК, ВЗК, хронический гастрит, язвенная болезнь, желчно-каменная болезнь, хронический панкреатит и др.), но и при других заболеваниях – атеросклероз, артериальная гипертензия, злокачественные

новообразования, артриты, мочекаменная болезнь, бронхиальная астма, аллергические заболевания, заболевания соединительной ткани, анемии, коагулопатии, подагра и др.).

Клинически на наличие нарушений микробиоты кишечника могут указывать симптомы желудочной и кишечной диспепсии (отрыжка, изжога, вздутие живота), снижение аппетита, изменения стула, в том числе то типу диареи, астено-вегетативные проявления, аллергические реакции и др. Эти симптомы, как правило, неспецифичны и отражают степень выраженности адаптационных реакций организма в ответ на изменения в системе «макроорганизм – нормальная микробиота». Для выявления нарушений микробиоты кишечника используется несколько вариантов диагностических тестов. Для объективной оценки состава кишечной микрофлоры применяют микробиологическое исследование кала, которое является интегральным показателем состояния кишечного микробиоценоза. Исследование микрофлоры кишечника выполняется с применением анаэробной техники и специальных питательных сред. Подсчет количества каждого вида микроорганизмов в 1 г материала проводили по формуле:

$$M = N \times 10^{n+1},$$

где M — число микроорганизмов в 1 г; N — количество выросших колоний в чашке; n — степень разведения материала.

В таблице 5 представлены нормативные показатели состава микробиоты толстого кишечника человека в соответствии с отраслевым стандартом «Протокол ведения больных. Дисбактериоз кишечника» (ОСТ 91500.11.0004–2003, утв. приказом Минздрава РФ от 9 июня 2003 г. № 231).

Таблица 5. Качественный и количественный состав основной микрофлоры толстого кишечника у здоровых людей (КОЕ/г фекалий)

Группа микроорганизмов	**Возраст, годы**		
	до 1	**1–60**	**>60 лет**
Бифидобактерии	10^{10}–	10^{9}–	10^{8}–10^{9}
Лактобациллы ***	10^{6}–10^{7}	10^{7}–10^{8}	10^{6}–10^{7}
Бактероиды	10^{7}–10^{8}	10^{9}–	10^{10}–
Энтерококки	10^{5}–10^{7}	10^{5}–10^{8}	10^{6}–10^{7}
Фузобактерии	$<10^{6}$	10^{8}–10^{9}	10^{8}–10^{9}
Эубактерии	10^{6}–10^{7}	10^{9}–	10^{9}–10^{10}
Пептострептококки	$<10^{5}$	10^{9}–	10^{10}
Клостридии	$\leq 10^{3}$	$\leq 10^{5}$	$\leq 10^{6}$
E. coli типичные	10^{7}–10^{8}	10^{7}–10^{8}	10^{7}–10^{8}
*E. coli*лактозонегативные	$<10^{5}$	$<10^{5}$	$<10^{5}$
E. coli гемолитические	0	0	0
Другие условно-патогенные	$<10^{4}$	$<10^{4}$	$<10^{4}$
Стафилококк золотистый	0	0	0
Стафилококки (сапрофитный,	$\leq 10^{4}$	$\leq 10^{4}$	$\leq 10^{4}$
Дрожжеподобные грибы рода	$\leq 10^{3}$	$\leq 10^{4}$	$\leq 10^{4}$
Неферментирующие бактерии**	$\leq 10^{3}$	$\leq 10^{4}$	$\leq 10^{4}$

* Представители родов *Klebsiella, Enterobacter, Hafiiia, Serratia, Proteus, Morganella, Providencia, Citrobacter* и др.; ** *Pseudomonas, Acinetobacter* и др.; *** некоторые диагностические лаборатории в тестах на состояние микробиоценоза кишечника ошибочно ставят знак равенства между терминами «лактобактерии» и «лактобациллы», однако на деле реально лактобациллы (*Lactobacillus*) являются одним из 11 родов в составе большого семейства лактобактерий: *Camobacterium, Enterococcus, Lactobacillus, Lactococcus, Leucionostoc, Oenococcus, Pediococcus, Streptococcus, Tetragenococcus, Vagococcus, Weisella*.

Необходимо учитывать, что микробиоценоз детей первых месяцев жизни имеет определенные особенности

Микробиологические критерии диагностики кишечного дисбиоза:

- изменение соотношений между аэробной и анаэробной микробиотой;
- снижение содержания бифидобактерий, лактобактерий и бактероидов;
- изменение соотношений микроорганизмов групп облигатных и факультативных представителей нормальной микрофлоры;
- увеличение общего количества кишечной палочки с измененными биологическими свойствами (со сниженной ферментативной активностью, лактозонегативных, неподвижных, безиндольных и др.);
- появление гемолизирующих эшерихий и стафилококков, отсутствующих в норме;
- экспансия микрофлоры за границы привычной зоны обитания, выражающейся в СИБР.

Помимо микробиологического исследования фекалий, существуют непрямые методы оценки состояния кишечного микробиоценоза, основанные на определении в кале, моче, выдыхаемом воздухе различных микробных метаболитов: индикана, р-крезола, фенола, водорода, метана, углекислого газа, аммиака, ненасыщенных жирных кислот, деконъюгированных желчных кислот и др. Определение какого-либо из этих показателей дает представление о метаболической активности кишечной микрофлоры. Однако по результатам таких исследований можно получить лишь ориентировочное представление о составе кишечной микрофлоры, поскольку в образовании большинства одних и тех же метаболитов принимают участие разные группы микроорганизмов. Чувствительность и специфичность этих методов очень вариабельна (25–90%). Надо заметить, что указанные методы не всегда доступны и используются лишь в крупных клинических центрах.

Актуальным представляется использование в диагностике нарушений микробиоты кишечника хроматографических методов оценки микробных метаболитов: газожидкостная, ионно-обменная, высокоэффективная жидкостная хроматография. На основании данных, полученных с помощью этих методов, был создан метаболический паспорт при эубиозе кишечника, что стало началом нового качественного этапа в понимании роли микрофлоры в развитии патологии человека. Метод определения короткоцепочечных жирных кислот, являющихся метаболитами в основном анаэробных микроорганизмов, с помощью газожидкостной хроматографии позволяет быстро и точно оценить состояние индигенной микрофлоры. В последнее время все большую актуальность приобретает такой метод исследования микробного пейзажа, как масс-спектрометрия. В ее основе лежит исследование вещества путем определения отношения массы к заряду (качества) и количества заряженных частиц, образующихся при том или ином процессе воздействия на вещество. У человека возможно определение порядка 60 микробных маркеров, для которых четко определены нормы их содержания в крови. Следовательно, при изменении уровня микробного маркера можно говорить об изменении содержания определенных микроорганизмов в кишечнике.

Перспективным является использование метода полимеразной цепной реакции (ПЦР) в реальном времени для определения микробного пейзажа толстой кишки. С помощью этого метода можно также проводить экспресс анализ чувствительности микробиоты как к антибиотикам, так и к пробиотикам.

АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННАЯ ДИАРЕЯ

ААД – диарея, характеризующаяся ≥ 3 эпизодами неоформленного стула в течение двух последовательных дней, развившаяся на фоне приема антибактериальных препаратов или в течение 8 недель после окончания их приема и не связанная с другими причинами.

Наиболее часто ААД вызывают антибактериальные препараты следующих групп (таблица 6).

Таблица 6. Частота развития антибиотикоассоциированной диареи при приеме различных антибиотиков.

Антибиотики	Частота встречаемости ААД, %
Клиндамицин, линкомицин	20-30
Амоксициллин/клавуланат	10-25
Цефиксим	15-20
Ампициллин	5-10
Цефалоспорины (кроме цефиксима) Макролиды (эритромицин, кларитромицин) Тетрациклины	2-5
Фторхинолоны	1-2

К факторам риска развития ААД относят:

- возраст до 5 лет и старше 65 лет;
- тяжелые соматические заболевания в анамнезе (тяжелые и сочетанные травмы, уремия, тяжелая сердечная недостаточность и др.);
- хронические заболевания органов пищеварения;
- несоблюдение режима приема антибиотиков (слишком короткий или длительный курс, частая смена антибиотиков, высокие дозы препаратов);
- длительное пребывание в стационаре;
- лечение цитостатическими и иммуносупрессивными препаратами, а также врожденные иммунодефициты.

В ряде случаев диарея не является по происхождению инфекционной и обусловлена прямым или опосредованным влиянием антибактериальных средств на моторику кишечника и другие отделы пищеварительного тракта.

Выделяют два патогенетических механизма формирования идиопатической ААД: инфицирование условно-патогенной микрофлорой вследствие нарушения микробиома кишечника на фоне лечения антибиотиками – в 10-20% случаев причиной ААД является Clostridium difficile, 80-90% – другие микроорганизмы (Clostridium perfringens, Staphylococcus aureus, Salmonella spp., Klebsiella oxytoca, Candida spp.); непосредственное действие антибактериального препарата и/или следствие развития его побочных эффектов, приводящее к поражению стенки кишечника.

Отдельно рассматривается механизм развития наиболее тяжелого вида ААД – псевдомембранозного колита (ПМК):

- Данный вариант ААД вызывает избыточный рост и колонизация толстого кишечника Clostridium difficile, вследствие приема антибиотиков, что при наличии предрасполагающих факторов приводит к нарушению состава микробиома толстой кишки и снижению колонизационной резистентности. При этом бессимптомное носительство среди здоровых взрослых лиц, госпитализированных пациентов и больных, длительно находящихся в стационаре, составляет 3-15, 20-30 и 50% соответственно;
- Основной путь передачи инфекции в стационаре – фекально-оральный, созревание спор до вегетативных форм происходит в анаэробной среде толстой кишки за счет воздействия солей желчных кислот (холат, таурохолат, гликохолат, деоксихолат) и L-глицина;
- Основными факторами вирулентности инфекции служат токсины A (TcdA) и B (TcdB), воздействие которых вызывает повреждение кишечной стенки и развитие воспаления в ней вследствие нарушения кишечного эпителиального барьера, индукции провоспалительных цитокинов, апоптоза и некроза эпителиоцитов;

Гистологически различают 3 стадии клостридиального колита:

• 1-я стадия – некроз эпителия и появление выпота, содержащего в большом количестве фибрин и нейтрофилы;
• 2-я стадия – выпот в области участков изъязвления слизистой оболочки;
• 3-я стадия – распространённое и более выраженное изъязвление слизистой оболочки и некроз, часто доходящий до псевдомембраны, состоящей из фибрина, лейкоцитов и клеточных обломков.

Характер жалоб при ААД зависит от этиологического агента, симптоматики и особенностей поражения слизистой оболочки кишечника:

- Антибиотик-ассоциированный колит с диареей, болями в животе по типу кишечных колик, лихорадкой, симптомами общей интоксикации и лейкоцитозом;
- ПМК – перечисленные выше симптомы более выражены. Пациентов беспокоят сильные схваткообразные боли в животе, частота стула достигает 15-30 раз в сутки, нарастают лейкоцитоз (свыше 15×10^9 /л) и лихорадка (до 40°С). Вследствие экссудации белка через поражённую слизистую оболочку развивается гипоальбуминемия, возникают отёки и дегидратация;
- Сегментарный геморрагический колит клинически не отличим от АКК или ПМК. При эндоскопическом исследовании отмечают признаки геморрагического колита, этиологически связанного с Klebsiella oxytoca;
- ААД, основным клиническим проявлением которой является диарейный синдром, а боли, интоксикация и дегидратация практически отсутствуют. Как правило, все симптомы самостоятельно исчезают в течение нескольких дней после отмены антибиотика;
- Mild illness (умеренное недомогание) – комплекс любых симптомов диареи, которые не укладываются в классическое определение ААД. Если дисбиоз кишечника, то – преимущественно микробиологический термин, так как в фазу компенсации он может протекать латентно или субклинически, а его симптоматика неспецифична.

Разделение ААД на два варианта связано с особенностями течения, диагностических находок, а также подходов к лечению каждого варианта (таблица 7).

Таблица 7. Сравнительная характеристика различных вариантов ААД.

Характеристика	Диарея, связанная с инфекцией C. Difficile	Диарея, не связанная с инфекцией C. difficile (идиопатическая ААД)
Возбудители	Clostridium difficile	Clostridium perfrigens, Staphylococcus aureus, Klebsiella oxytoca, Salmonella spp, Proteus spp., Enterococcus spp., Candida spp.
Наиболее часто возникает после использования антибиотиков	Клиндамицин, цефалоспорины, ампициллин	Амоксициллин/клавуланат, цефиксим, цефоперазон
Эпидемиология	Внутрибольничные эпидемические вспышки, хроническое носительство	Спорадические случаи
Вероятность развития ААД в зависимости от дозы антибиотика	Слабая	Сильная
После отмены антибиотика	Диарея часто персистирует и рецидивирует (до 20% случаев)	В большинстве случаев - разрешение диареи
Лейкоциты в кале	Выявляются у 50–80%	Не выявляются
Результаты колоноскопии	Признаки колита у 50%	Патологии нет

Результаты компьютерной томографии	Признаки колита у 50% больных	Патологии нет
Обнаружение токсинов А и/или В в анализе кала	Присутствуют	Отсутствуют
Осложнения	Токсическая мегаколон, гипоальбуминемия, дегидратация	Крайне редко
Лечение	Отмена антибиотика, ванкомицин или метронидазол, рифаксимин, сахаромицеты	Отмена антибиотика, антидиарейные средства, пробиотики
Профилактика	Рациональное назначение антибиотиков, использование пробиотиков	Рациональное назначение антибиотиков, использование пробиотиков

ПМК (псевдомембранозный колит) – наиболее тяжелое проявление ААД. Это острое воспалительное заболевание кишечника, вызванное микроорганизмом Clostridium difficile. Клинические проявления варьируют от кратковременной диареи до тяжелого колита с фибринозными бляшками на слизистой оболочке толстой кишки. Помимо антибиотикотерапии (основного предрасполагающего фактора) к другим предрасполагающим факторам развития псевдомембранозного колита относят:

- Возраст старше 60 лет.
- Нахождение в стационаре (особенно в одной палате с инфекционным больным или в реанимационном отделении).
- Операции на органах брюшной полости.
- Применения цитостатических препаратов (особенно метотрексата).
- Гемолитико-уремический синдром.
- Злокачественные заболевания.
- Ишемия кишечника.
- Почечная недостаточность.
- Некротический энтероколит.
- Болезнь Гиршпрунга.
- Хронические воспалительные заболевания кишечника.
- Различные желудочно-кишечные нехирургические манипуляции (например, установка назогастрального зонда).

Клиническая картина ПМК может развиваться как в период антибактериальной терапии, так и через 1-10 дней после прекращения лечения. Возможно более отсроченное развитие колита (через 6-8 недель после антибиотикотерапии).

В клинической картине ПМК доминирует диарейный синдром, который в отдельных случаях бывает единственным проявлением заболевания. Диарейный синдром в дебюте заболевания выявляется в 100% случаев. Частота дефекаций в сутки достигает пяти и более раз, доходя иногда до 20-30. Стул, как правило, водянистый, небольшого объема, но, учитывая кратность дефекаций, у больных могут развиваться водно-электролитные расстройства разной степени выраженности. Диарея носит упорный характер и может сохраняется до 8-10 недель. Часто стул содержит примесь слизи и в ряде случаев крови. Рвота встречается достаточно редко и выявляется в более поздние сроки заболевания, свидетельствуя о тяжести его течения.

Практически одновременно с диареей у больных выявляются боли в животе разной интенсивности, преимущественно спастического характера, которые усиливаются при пальпации живота. Чаще всего боль не имеет четкой локализации и определяется по ходу кишечника.

В отдельных случаях манифестация заболевания может начинаться с лихорадки. В большинстве случаев температура тела у больных с псевдомембранозным колитом держится на фебрильных цифрах, однако в последние годы участились случаи заболевания, при которых регистрируется гектическая лихорадка, превышающая 40°С.

Клинически выделяют три формы ПМК по тяжести (легкая, средней тяжести и тяжелая), а также три вида заболевания по течению (острое, подострое и рецидивирующее). Особо выделяют фульминантное течение ПМК.

Легкие формы чаще всего не диагностируются, можно предположить развитие ПМК у больных диареей на фоне лечения антибиотиками. Отмена антибиотика приводит к прекращению поносов через 3-4 дня.

При среднетяжелых и тяжелых формах даже отмена антибиотика не приводит к исчезновению диареи, стул частый, водянистый, со слизью и кровью. Повышается температура, появляются признаки интоксикации - слабость, разбитость, тошнота, рвота. Больной жалуется на боли в животе, которые усиливаются перед дефекацией, могут быть ложные позывы, тенезмы. При объективном исследовании живот умеренно вздут, отмечается болезненность при пальпации по ходу толстой кишки.

Тяжелым можно считать такое течение заболевания, когда в клинике, наряду с выраженными кишечными проявлениями, появляются сердечно-сосудистые нарушения - тахикардия, гипотония, а также явления дегидратации и электролитные расстройства. Часто наблюдаются признаки нарушения белкового обмена, по-видимому, вследствие экссудативной энтеропатии. Утяжеляет состояние больного развитие осложнений - перфорации кишки, токсический мегаколон и тяжёлый синдром мальабсорбции.

ДИАРЕЯ ПУТЕШЕСТВЕННИКОВ

Диарея путешественников (“diarrheo turista”) — расстройство функции ЖКТ у лиц, вновь прибывших в другую климатическую зону, в частности у туристов. Нарушение функции ЖКТ в той или иной степени наблюдается в первые 2 недели после приезда примерно у 1/3 туристов.

Этиология данного варианта диарейного синдрома до конца не ясна. Скорее всего это заболевание является полиэтиологическим. Причины развития диареи путешественников могут носить как инфекционный, так и неинфекционный характер. К инфекционным причинам относится заражение энтеропатогенными штаммами E. coli или V. parahemolyticus, возможно, легко протекающая дизентерия или массивная инвазия лямблиями. К неинфекционным причинам относится резкое изменение питания и режима быта на новом месте пребывания, а также особенности потребляемой воды, а также стресс на фоне переезда, резкое изменение климата и высоты. Кроме того, при воздействии всех вышеперечисленных факторов могут формироваться и нарушения микрофлоры кишечника, что усугубляет диарею.

Клиническим проявлениями диареи путешественников являются:

- Расстройства функции кишечника чаще всего начинаются с 4-го дня после приезда на новое место с развитием пика заболевания на 7--10-й день. При этом риск появления диареи спустя 2 недели после приезда существенно снижается.
- Появление болей по ходу петель толстой кишки спастического характера.
- Кратковременная лихорадка; озноб.
- Рвота.

- Боли в суставах и мышцах.
- Слабость.

При постановке диагноза важным является сбор анамнеза. Лечение направлено на элиминацию возможных возбудителей заболевания, а также включает в себя рекомендации по соблюдению диеты и режима. Крайне важным является соблюдение комплекса мероприятий по профилактике развития диареи путешественников: отказ от употребления загрязненной воды и пищевых продуктов.

АЛГОРИТМЫ ДИАГНОСТИКИ ПРИ СИНДРОМЕ ДИАРЕИ

Диагностика диарейного синдрома складывается из комплекса мероприятий по выявлению причины развития диареи и определению изменений, сопряженным с наличием диареи:

- Сбор анамнеза (таблица 8), проведение физикального осмотра, включая оценку антропометрических показателей статуса питания.
- Оценка наличия или отсутствия симптомов тревоги: длительность анамнеза менее 12 месяцев; частота стула более 5 раз/сутки; лихорадка>38 ^{0}C, кровь в стуле; периферические отеки и/или асцит; прогрессирующее значимое снижение массы тела (более 5% от первоначальной массы тела за 1 месяц, более 7,5% - за 3 месяца, более 10% - за 6 месяцев), несмотря на адекватное потребление калорий по данным анамнеза; антропометрические признаки недостаточности питания средней/тяжелой степени.
- Проведение клинического и биохимического анализа крови с оценкой следующих изменений лабораторных показателей: снижение: эритроцитов, гемоглобина, общего белка, альбумина, сывороточного железа, холестерина, кальция; повышение: гамма-глютамилтранспептидазы, глюкозы, мочевины, С-реактивного белка, а также анализа кала с копрограммой.
- Проведение УЗИ органов брюшной полости, включающее осмоткишечника; оценка следующих признаков: кальцинаты в поджелудочной железе; расширение вирсунгова протока; кисты поджелудочной железы; расширение желчных протоков; очаговые образования в поджелудочной железе; утолщение стенки тонкой или толстой кишки; мезентериальная лимфаденопатия; наличие содержимого в просвете тонкой кишки с диаметром петель более 20 мм.
- Проведение ЭГДС и тотальной ВКС с осмотром терминального отдела подвздошной кишки и биопсией (при необходимости – множественной). Для получения наилучших результатов данного обследования необходима тщательная подготовка толстой кишки.

Проведение специальных лабораторно-инструментальных методов обследования:

- Определение серологических маркеров целиакии.
- Определение ОКИ.
- Проведение теста на лактазную недостаточность.
- Оценка соответствия критериям функционального расстройства кишечника.
- Оценка функции поджелудочной железы (копрограмма, фекальная эластаза -1).
- Манометрия
- Проведение двухбалонной энтероскопии с множественной биопсией слизистой оболочки тонкой кишки (биоптаты фиксируют на нитроцеллюлозном фильтре эпителиальным слоем кверху, затем помещают в формалин).
- Периферическая электрогастроэнтерография.

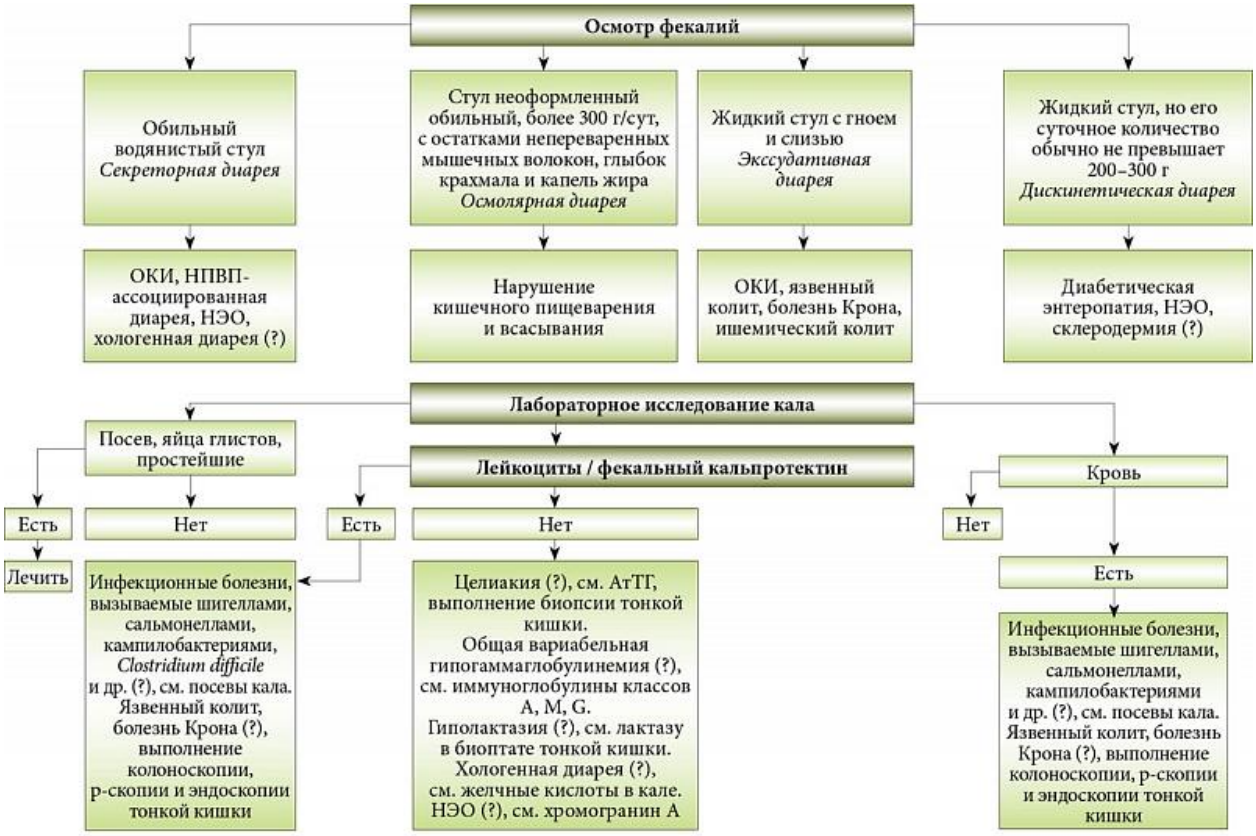
Таблица 8. Анализ данных анамнеза при выявлении причины диареи.

Данные анамнеза	Возможный механизм развития диареи	Особенности тактики лечения
Холецистэктомия, предшествующая началу диареи	Хологенная диарея	Пробная терапия адсорбентами
Прием вызывающих диарею медикаментов *	Медикаментозная диарея	Пробная отмена медикамента
Временная связь междуупотреблением молочныхпродуктов и диареей	Лактазная недостаточность, осмотическая диарея	Тесты на лактазную недостаточность, исключение из рациона лактозы
Употребление продуктов, содержащих сорбитол/маннитол	Осмотическая диарея	Пробное исключение продуктов, содержащих сорбитол/маннитол
Злоупотребление алкоголем	Панкреатическая недостаточность	Оценка функции и структуры поджелудочной железы Пробная терапия панкреатическими ферментами
Резекция поджелудочной железы	Панкреатическая недостаточность	Оценка функции и структуры поджелудочной железы. Пробная терапия панкреатическими ферментами
Резекция желудка/гастрэктомия	Вторичная панкреатическая недостаточность	Оценка функции и структуры поджелудочной железы Пробная терапия панкреатическими ферментами
Обширная резекция кишечника	Уменьшение абсорбционной поверхности	Адекватная нутритивная поддержка
Межкишечные анастомозы, соустья	Синдром избыточного роста бактерий в тонкой кишке	Пробная терапия селективным кишечным антибиотиком
Сахарный диабет, системный склероз	Синдром избыточного роста бактерий в тонкой кишке	Пробная терапия селективным кишечным антибиотиком
Поездка в жаркие страны, предшествующая началу диареи	Инфекционный энтерит/колит	Анализ на наличие острых кишечных инфекций
Прогрессирующее снижение массы тела, несмотря на адекватное потребление калорий	Нарушение абсорбции нутриентов	Активный поиск органического заболевания, в том числе новообразования, ЖКТ

*Лекарственные препараты, наиболее часто вызывающие диарею: антибиотики, противоопухолевые препараты, антиаритмические средства (хинидин, прокаинамид), антигипертензивные средства (б-блокаторы, ингибиторы АПФ, гидралазин), антидепрессанты (препараты лития, флуоксетин), транквилизаторы (ксанакс, мепробамат), противосудорожные средства (L-дофа); пероральные сахарпонижающие препараты,

гипохолестеринемические средства (ловастатин, клофибрат), гастроэнтерологические препараты (магнийсодержащие антациды, Н2-блокаторы, мизопростол, сульфасалазин, цизаприд), другие препараты (теофиллин, диуретики, колхицин, тиреоидные гормоны).

На рисунке 4 представлен алгоритм дифференциальной диагностики различных вариантов диарейного синдрома.



Примечание. АтТГ – антитела к тканевой трансглутаминазе.

Рисунок 4. Дифференциальная диагностика диарейного синдрома по характеру стула.

ЛЕЧЕНИЕ ДИАРЕЙНОГО СИНДРОМА

Лечение диарейного синдрома должно быть комплексным и включать в себя следующие компоненты:

Этиотропное: устранение (при возможности) или компенсация причины диареи, т.е. лечение основного заболевания

Патогенетическое: воздействие на патогенетические механизмы развития диареи, дезинтоксикация, регидратация

Симптоматическое: купирование сопутствующих жалоб, противодиарейные средства

ЛЕЧЕНИЕ ОСТРОЙ ДИАРЕИ

Антимикробные препараты: наиболее часто эмпирически назначаются фторхинолоны, препараты нитрофуранового ряда, рифаксимин в стандартных дозах. При подтверждении вирусной этиологии диарейного синдрома нет необходимости в приеме антимикробных препаратов.

Регидратация: растворы для пероральной регидратации должны содержать необходимое количество солей (натрия хлорида – 3,5 г, калия хлорида – 1,5 г на 1 л), а также буферных оснований (натрия гидрокарбоната – 2,5 г или натрия лактата – 2,9 г на 1 л), а также глюкозу (20-40 г/л), необходимую для всасывания электролитов. Для проведения пероральной регидратации можно использовать готовые препараты: Регидрон, Оралит, Гастролит или приготовить раствор в домашних условиях (в 1 стакан воды добавить чайную ложку сахара и щепотку соли; вместо воды можно использовать апельсиновый или томатный сок как источник калия, с добавлением также поваренной соды как источника бикарбонатов). При выраженной дегидратации возникает необходимость массивной инфузионной терапии, направленной на восстановление потерь воды и электролитов: внутривенно капельно вводится до 2-3 литров жидкости (дисоль, трисоль) под контролем показателей кислотно-щелочного равновесия и состояния больного. Важнейшими показателями эффективности проводимой регидратационной терапии являются улучшение самочувствия больного, уменьшение частоты пульса (ниже 100 ударов в минуту), повышение систолического артериального давления выше 100 мм рт. ст., восстановление диуреза, нормализация тургора кожи.

Дезинтоксикация: для связывания и выведения токсинов из ЖКТ, в первую очередь кишечника, назначают энтеросорбенты, например, Полифепан по 1 ст. л. 3 раза в день; активированный уголь по 15-20 табл. 3 раза в день; Энтеродез по 5 г 3 раза в день; Энетросгель паста по 1столовой ложке 2 раза в день; Полисорб МП по 3 г 3 раза в день; диоктаэдрический смектит (Смекта) по 1 пакетику 3 раза в день за 15-20 мин до еды в виде суспензии (содержимое пакетика растворяют в 50 мл воды.

Пробиотические препараты применяются на любом этапе лечения диареи с целью восстановления кишечной микрофлоры, профилактики ее ухудшения, чтобы предотвратить возможный рецидив диареи и симптомов кишечной диспепсии.

Противодиарейные средства: для лечения пациентов с тяжелой диареей, особенно при развитии признаков дегидратации и электролитных нарушений, а также тех, кто не реагирует на лечение противодиарейными препаратами, можно попробовать применить кодеин или настойку опиума, хотя оба эти препарата могут вызывать развитие зависимости. К другим препаратам, которые, по данным некоторых авторов, уменьшают диарею, относятся клонидин, аспирин, индометацин и фенотиазиды.

В остром периоде кишечной диарейной инфекции для купирования абдоминального болевого синдрома, вызванного спазмами петель толстой кишки, оправдано применение спазмолитиков.

ЛЕЧЕНИЕ ХРОНИЧЕСКОЙ ДИАРЕИ

Общие рекомендации для пациентов с хронической диареей:

- Не допускать обезвоживания организма, пить достаточное количество жидкости.
- Сбалансированное питание. Возможно использование пищевых добавок, содержащих клетчатку, формирует дополнительный объем кала и уменьшает его текучесть.
- Избегать употребление кофеинсодержащих напитков (кофе, чай, газированные сладкие напитки).
- Отказ от употребления алкоголя.

При установлении причины хронической диареи лечение должно быть направлено на устранение этой причины. Хроническая диарея инфекционного генеза требует назначения противомикробных препаратов (например, фуразолидон, энтерофурил, нифурател, рифаксимин, ципрофлоксацин). Неинфекционную хроническую диарею сложно диагностировать и сложно лечить. Возможно, понадобится долгое

медикаментозное лечение и лечебная диета. В некоторых случаях, необходимо хирургическое вмешательство.

В качестве патогенетического лечения возможно использование ингибиторов кишечной секреции, наиболее мощным из которых является октреотид, аналог соматостатина. Установлено, что октреотид достаточно эффективен для подавления диареи у пациентов с эндокринными опухолями, например, с синдромом карциноида или ВИПомой (апудомой). Эффективность октреотида при лечении диареи другой этиологии не доказана, хотя отдельные сообщения свидетельствуют о том, что он может быть эффективен у пациентов с демпинг-синдромом и у пациентов с идиопатической диареей, больных СПИДом.

Применение пробиотических препаратов способствует восстановлению нарушенной микрофлоры кишечника, что обеспечивает возможности для облигатной микрофлоры оказывать суммарных позитивный эффект, проявляющийся в уменьшении и даже устранении диареи и признаков диспепсии, восстановлении иммунитета макроорганизма, улучшении процесса обмена веществ и др. Также при хронической диарее при наличии признаков хронической интоксикации показано применение сорбентов, о чем было рассказано выше.

Для уменьшения симптомов диареи необходимо применять неспецифические противодиарейные препараты. При применении дефеноксилата необходимо соблюдать особую осторожность, поскольку длительное его использование в высоких дозах может приводить к развитию привыкания к этому препарату. Лоперамид безопасен для длительного подавления диареи, хотя иногда для этой цели могут требоваться достаточно большие дозы препарата.

При длительном течении диареи возникает необходимость коррекции гиповитаминоза и гипомикроэлементоза, а также синдромов мальдигестии и мальабсорбции. Для этого используется полиферментная терапия, препараты поливитаминов и микроэлементов.

ЛЕЧЕНИЕ СИНДРОМА РАЗДРАЖЕННОГО КИШЕЧНИКА С ДИАРЕЕЙ

Купирование болевого синдрома. Спазмолитики:

- Гиосцина бутилбромид;
- Пинаверия бромид;
- Мебеверин.

Купирование диареи:

Лоперамида гидрохлорид:

- снижая тонус и моторику гладкой мускулатуры ЖКТ, улучшает консистенцию кала и уменьшает количество позывов на дефекацию;
- 2 капсулы (4 мг), затем по 1 капсуле (2 мг) после каждого диарейного акта дефекации;
- длительность лечения повторяющихся приступов в течение 2 недель;
- не следует использовать в случаях диареи с длительностью более 48 часов.

Диоктаэдрический смектит:

- 1 пакетик (3 г) 3 раза в сутки, предварительно растворив в воде.

Рифаксимин:

- 2 табл. (400 мг) 2-3 раза в сутки в течение 7 дней.

Психотропные препараты:

Антидепрессанты:

- Согласно Римским критериям IV, рекомендованы для уменьшения выраженности боли в животе за счет снижения порога ноцицептивной чувствительности и уменьшения выраженности висцеральной гипералгезии.

• Безопасными для применения в клинической практике являются селективные ингибиторы обратного захвата серотонина, в частности препарат тразодон 50-150 мг 1 раз в день. Является модулятором серотонина, купирует наиболее часто встречающиеся сочетанные тревожно-депрессивные расстройства у пациентов, нормализует сон. При этом отсутствует негативное влияние на метаболизм пациента, нет набора веса и усиления аппетита, не угнетается эректильная функция у мужчин.

Нейролептики:

• уменьшают выраженность «симптомов тревоги», депрессии, вегетативной дисфункции;

• блокируют гистаминовые рецепторы 1-го типа, снижая болевую чувствительность;

• обладают спазмолитической холинолитической атропиноподобной активностью, уменьшая мышечный спазм;

• способны взаимодействовать с различными подтипами периферических серотониновых рецепторов, оказывая влияния на изменение частоты актов дефекта.

ЛЕЧЕНИЕ ФУНКЦИОНАЛЬНОЙ ДИАРЕИ

Пациентам с ФД рекомендуется аглютеновая диета или диета с низким содержанием глютена, а также диета с низким содержанием FODMAP-углеводов (Ферментируемые (Fermentable) Олиго- (Oligo-), Ди- (Di-), Моно- (Mono-) сахариды И (And) Полиолы (Polyol)).

Данные исследований пациентов с другими заболеваниями, проявляющимися диареей, например, с синдромом раздраженной кишки с преобладанием диареи, показывают, что тактика их лечения может быть применена и к больным функциональной диареей.

Рекомендуется использование опиоидных агонистов (лоперамид) по требованию 2-4 мг, максимум по 16 мг в день, что улучшает частоту и консистенцию стула, а также уменьшает необходимость в экстренном опорожнении кишечника. Подчеркивается важность использования именно коротких курсов лоперамида. Также обсуждается возможность использования пробиотиков (мультиштаммовых), антибиотиков (рифаксимин 550 мг 2 раза в день 14 дней).

ЛЕЧЕНИЕ АНТИБИОТИКОАССОЦИИРОВАННОЙ ДИАРЕИ

Отмена антибактериальных препаратов.

Диета с ограничением содержания углеводов;

Пробиотическая терапия назначается как пациентам с лёгкими, так и с тяжёлыми формами ААД;

• восстанавливают резистентность слизистой оболочки кишечника к колонизации патогенными и условно патогенными бактериями, которая снижается вследствие подавления нормальной кишечной микробиоты, повышают местный иммунитет;

• для профилактики рецидива ААД рекомендовано увеличение длительности пробиотикотерапии до 3-4 недель, даже после прекращения диареи;

Антибактериальная терапия:

• при лёгкой и среднетяжёлой форме заболевания назначается метронидазол в дозе 500 мг внутрь три раза в сутки в течение 10 дней, в случае отсутствия клинического эффекта через 5-7 дней производят смену препарата на ванкомицин в дозе 125 мг 4 раза в сутки перорально в течение 10 дней;

• ациентам с тяжёлой формой Clostridium difficile-ассоциированной диареей/колитом

показано назначение ванкомицина в дозе 125 мг внутрь 4 раза в день в течение 10 дней;

- при осложненном течении назначается ванкомицин внутрь в дозе 500 мг 4 раза в день в сочетании с метронидазолом в дозе 500 мг 3 раза в день внутривенно, при невозможности введения препарата через рот ванкомицин назначается ректально: препарат в дозе 500 мг разводится в 500 мл 0,9% раствора хлорида натрия и вводится в виде клизм четыре раза в день;
- при рецидивах инфицирования Clostridium difficile назначают ванкомицин в дозировке 500 мг 4 раза в день, в течение 10 дней.

Пробиотические штаммы, эффективные для профилактики антибиотикоассоциированной диареи:

- Lactobacillus rhamnosus GG 1010 КОЕ х 2 раза в день
- Saccharomyces boulardii CNCMI-745, штамм S. cerevisiae 5 х 109 КОЕ х 2 раза в день
- Lactobacillus reuteri DSM 17938 1 × 108 КОЕ х 2 раза в день
- Lactobacillus acidophilus NCFM, L. paracasei Lpc37, Bifidobacterium lactis Bi-07, Lactis Bl-04 1,7 х 1010 КОЕ в день
- Lactobacillus acidophilus LA5, Bifidumbacterium animalis ssp. Lactis BB-12 2 × 109 КОЕ х 2 раза в день

Пробиотические штаммы, эффективные для профилактики C. difficile-ассоциированной болезни:

- Saccharomyces boulardii CNCM I745, штамм S. cerevisiae 5 х 109 КОЕ х 2 раза в день

После достижения клинического эффекта полная нормализация стула может потребовать нескольких недель и даже месяцев.

Хирургическое лечение. Показанием к хирургическому вмешательству является развитие осложнений:

- перфорация кишки;
- развитие синдрома системной воспалительной реакции;
- отсутствие улучшения самочувствия пациента несмотря на проводимое консервативное лечение на протяжении 5 дней;
- развитие токсического мегаколона, илеуса, симптомов «острого» живота.
- в ряде случаев оперативное вмешательство ограничивается формированием илеостомы, с последующим введением в отключенные отделы кишечника внутрипросветных антибиотиков;
- при выраженной токсической дилатации с диастатическим повреждением или перфорацией стенки кишки показано экстренное выполнение колэктомии.

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Следует отметить, что высокая распространенность и многообразие причин, лежащих в основе развития диарейного синдрома, делают данную патологию крайне актуальной проблемой гастроэнтерологии. Своевременное выявление признаков заболеваний, сопровождающихся диареей, будет способствовать оптимизации лечения и оптимальной реабилитации данной категории пациентов.

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЙ МАТЕРИАЛ

Вопросы для самоконтроля:

1. Какова роль бактериальных инфекций в возникновении диарейного синдрома?
2. Какие диагностические критерии функциональной диареи кишки вы знаете?
3. Какие диагностические критерии синдрома раздраженной кишки вы знаете?
4. Какие механизмы лежат в основе развития диарейного синдрома?
5. Что такое Бристольская шкала формы стула?
6. Какие лекарственные препараты могут вызывать диарею?
7. Какие препараты могут применяться при лечении диареи?
8. Когда показано хирургическое лечение диареи?
9. Какие симптомы тревоги при заболеваниях ЖКТ Вы знаете?
10. Какова должна быть тактика гастроэнтеролога при подозрении на органическое заболевание ЖКТ у пациента с хронической диареей?

Выберите один правильный ответ

1. Какой из перечисленных симптомов не характерен для хронического панкреатита?

1.абдоминальные боли;
2. стеаторея;
3. креаторея;
4. водная диарея.

2. К эрадикации нормальной микрофлоры кишечника приводит прием:

1. линкомицина
2. преднизолона
3. антрагликозидов
4. сульфасалазина (аминосалициловая кислота)
5. неомицина.
6. 1, 5

3. Для верификации диагноза синдрома раздраженной кишки не используется

1. сбор анамнеза
2. рентгенологическое обследование
3. колоноскопия
4. бактериологическое исследование кала
5. ангиография

4. Дефицит массы тела характерен для:

1. хронического энтерита
2. хронического колита

5.Микробиологическое исследование кала у пациента с подозрением на антибиотик-ассоциированную диарею выявило избыточный рост клостридии. Необходимо:

1. отменить прием канамицина
2. назначить внутрь метронидазол
3. назначить внутрь ванкомицин
4. назначить преднизолон
5. 1, 2, 3

6.Целиакия характеризуется непереносимостью:

1. пшеницы
2. риса
3. гречи
4. овса
5. 1,4

7. Основную массу микробной флоры толстой кишки составляют:

1. бифидобактерии и бактероиды

2. бифидобактерии и кишечная палочка

3. бифидобактерии и лактобактерии

4. кишечная палочка и энтеробактерии

8.Какие факторы имеют значение в этиологии синдрома раздраженного кишечника?

1. психогенные

2. эндокринно-гормональные

3. токсические

4. алиментарные

5. все вышеперечисленные

9.Какие препараты следует назначать для оптимизации кишечной микрофлоры при хроническом энтерите?

1. бактисубтил

2. лактобактерин

3. бифидумбактерин

4. все вышеперечисленные

10.Какие изменения в копрограмме не типичны для хронического энтерита?

1. полифекалия

2. консистенция жидкая или полужидкая

3. цвет соломенно-желтый, золотистый, зеленовато-коричневый

4. стеаторея

5. прожилки крови

11.Какие средства показаны больным с синдромом раздраженного кишечника, страдающим диареей?

1. запаренные пшеничные отруби

2. мукофалк

3. иммодиум

4. форлакс

5. все показаны

12.При назначении антибактериальных препаратов широкого спектра действия в кишечнике происходит:

1. подавление размножения бактерий в пищеварительном тракте

2. снижение продукции секреторного иммуноглобулина А

3. размножение устойчивых эндогенных штаммов бактерий

4. снижение бактерицидных свойств клеточных структур слизистой оболочки тонкого кишечника

5. 1, 3

13.Ведущим симптомом при синдроме раздраженной толстой кишки является:

1. боли в животе

2. поносы в ночное время

3. ректальные кровотечения

14.Стеаторея – это повышенное содержание:

1. амилазы в моче

2. белка в моче

3**. жира в кале**

4. йодофильной флоры в кале

15.Диарея является частым симптомом при:

1. язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

2. хроническом панкреатите

3. желчнокаменной болезни

4. опухоли дистального отдела толстого кишечника

16.Что такое «синдром раздраженного кишечника?»

1. функциональное расстройство кишечника, проявляющееся абдоминальным дискомфортом в сочетании с нарушениями дефекации
2. функциональное расстройство кишечника толстого и тонкого, проявляющееся болями в животе или абдоминальным дискомфортом
3. функциональное расстройство кишечника - толстого и тонкого, проявляющееся болями в животе или абдоминальным дискомфортом в сочетании с нарушениями длительности кишечного транзита и дефекации
4. функциональное расстройство тонкого кишечника, проявляющееся нарушениями длительности кишечного транзита
5. функциональное расстройство толстого кишечника, проявляющееся болями в животе и нарушениями дефекации

17.Стеаторея в виде нейтрального жира характерна

1. для механической желтухи;
2. для паренхиматозной желтухи;
3. для хронических панкреатитов;
4. правильные ответы 1 и 2;
5. для всего перечисленного.

18.Для ишемии кишечника характерно:

1. частый жидкий стул
2. тахикардия и гипотензия
3. кровавая диарея, отсутствие физикальных находок в брюшной полости при сильных абдоминальных болях

19.Креаторея характерна для:

1. хронического панкреатита;
2. болезни Крона;
3. ишемического колита;
4. синдрома раздраженной кишки;
5. дискинезии желчного пузыря.

20.Какой синдром соответствует патологическому выделению в просвет кишки жидкости, белка, электролитов при хроническом энтерите?

1. синдром экссудативной энтеропатии
2. синдром мальабсорбции
3. синдром мальдигестии
4. все соответствуют

21.Критерии, исключающие диагноз синдрома раздраженного кишечника:

1. наличие ночной симптоматики
2. наличие анемии
3. прогрессирующее похудание
4. все вышеперечисленное

22. Кишечная лактазная недостаточность требует назначения элиминационной диеты, включающей:

1. вареную говядину;
2. термически обработанный творог;
3. нежирный кефир;
4. молочную нежирную кашу;
5. хлеб из пшеничной муки.
6. 1,5

23.В лечении синдрома раздраженной толстой кишки применяют:

1. местноанестезирующие

2. противорвотные
3. слабительные, спазмолитики

Ответы:

Тесты: 1-4; 2-6; 3-5; 4-1; 5-5; 6-5; 7-1; 8-5; 9-4; 10-5; 11-3; 12-5; 13-1; 14- 3; 15-2; 16-3; 17-5; 18-3; 19-1; 20-1; 21-4; 22-6; 23-3

ЛИТЕРАТУРА

1. Практические рекомендации для терапевтов по избранным вопросам гастроэнтерологии (редакция от 26.10.2020), утвержденные Первым заместителем Председателя Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. - СПб: Комитет по здравоохранению Правительства СПб, 2020. – 213с.
2. Клинические рекомендации «Хронические диареи у взрослых». Лазебник Л. Б., Сарсенбаева А. С., Авалуева Е. Б., Орешко Л. С., Ситкин С. И., Голованова Е. В., Туркина С. В., Хлынова О. В., Сагалова О. И., Мирончев О. В. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2021;188(4): 7–67. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-188-4-7-67
3. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А, Горбачева И.А., Барышникова Н.В., Иванов С.В. Антибиотик-ассоциированная диарея. Псевдомембранозный колит // учебно-методическое пособие. Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2021.
4. Сарсенбаева А. С., Лазебник Л. Б. Диареи у взрослых. Клинические рекомендации. Проект. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2020;178(6): 4–41. DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-178-6-4-41
5. Ливзан М.А., Гаус О.В., Гавриленко Д.А. Диарейный синдром в практике врача-терапевта: алгоритм действий. РМЖ. Медицинское обозрение. 2023;7(5):300-309. DOI: 10.32364/2587-6821-2023-7-5-8.
6. Дисбиоз кишечника. Руководство по диагностике и лечению. – 3-ое издание, исправленное и дополненное / Под редакцией А.Н. Суворова, Е.И. Ткаченко, Ю.П. Успенского. – СПб.: ИнформМед, 2013. – 270 с., ил. (глава № 8, С. 101-127)
7. Диарея.URL:https://web.archive.org/web/20140717205014/http://www.who.int/mediacentre/factsheets/fs330/en/ (дата обращения 26.11.2023).
8. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А. Антибиотик-ассоциированная диарея - новая проблема цивилизации [электронный ресурс]. URL http://medi.ru/doc/a799304.htm (дата обращения 26.11.2023).
9. Практические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека (НСОИМ) и Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по применению пробиотиков для лечения и профилактики заболеваний гастроэнтерологического профиля у взрослых. Ивашкин В.Т., Маев И. В., Абдулганиева Д. И., Алексеенко С. А., Ивашкина Н. Ю., Корочанская Н. В., Маммаев С. Н., Полуэктова Е. А., Трухманов А. С., Успенский Ю. П., Цуканов В. В., Шифрин О. С., Зольникова О. Ю., Ивашкин К. В., Лапина Т. Л., Масленников Р. В., Ульянин А. И. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2020;30(2):76–89. https://doi.org/10.22416/1382-4376- 2020-30-2-76-89
10. Clostridioides difficile (C. difficile) - ассоциированная болезнь. Клинические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека и Российской гастроэнтерологической ассоциации. Ивашкин В.Т., Ляшенко О.С., Алексеева О.П., Алексеенко С. А., Андреев Д.Н., Барановский А.Ю., Голощапов О.В., Железнова Н.В., Зольникова О. Ю., Кляритская И.Л., Корочанская Н. В., Маев И. В., Масленников Р. В., Мязин Р.Г., Павлов П.В., Перекалина М.В., Писаренко Н.А.,

Повторейко А.В., Полуэктова Е.А., Секретарева Л.А., Ткачев А.В., Трошкина Ю.М., Трухманов А. С., Ульянин А. И., Филатова С.Г., Цуканов В. В., Шифрин О.С. 2022. -71с.
11. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шелыгин Ю.А., Баранская Е.К., Белоус С.С., Белоусова Е.А., Бениашвили А.Г., Васильев С.В., Веселов А.В., Григорьев Е.Г., Костенко Н.В., Кашников В.Н., Куликовский В.Ф., Лоранская И.Д., Ляшенко О.С., Полуэктова Е.А., Румянцев В.Г., Тимербулатов В.М., Фоменко О.Ю., Хубезов Д.А., Чашкова Е.Ю., Чибисов Г.И., Шапина М.В., Шептулин А.А., Шифрин О.С., Трухманов А.С., Алексеева О.П., Алексеенко С.А., Барановский А.Ю., Зольникова О.Ю., Корочанская Н.В., Маммаев С.Н., Хлынов И.Б., Цуканов В.В. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2021;31(5):74–95. https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-74-95.

МИНИСТЕРСТВО ЗДРАВООХРАНЕНИЯ РОССИЙСКОЙ ФЕДЕРАЦИИ

Федеральное государственное бюджетное учреждение
«Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова»

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

Кафедра пропедевтики внутренних болезней с клиникой

Ю.А. Фоминых., А.В. Шотик, В.А. Добренко, О.А. Кизимова

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ

Учебное пособие

Санкт-Петербург

2023

Фоминых Ю.А., Шотик А.В., Добренко В.А., Кизимова О.А. Хронический панкреатит. Учебное пособие. 2023. – 39 с.

Авторы:
Фоминых Ю.А. – д.м.н., доцент, и.о. заведующего кафедрой пропедевтики внутренних болезней с клиникой ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России, профессор кафедры факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России
Шотик А.В. - ассистент кафедры кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Добренко В.А. – к.м.н., доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Кизимова О.А. – ассистент кафедры факультетской терапии им. проф. В.А. Вальдмана ФГБОУ ВО СПбГПМУ Минздрава России

Рецензенты:
Гольцов В.Р. – д.м.н., профессор, профессор кафедры факультетской хирургии ФГБОУ ВО «Первый Санкт-Петербургский государственный медицинский университет им. акад. И.П. Павлова».
Шемеровский К.А. – д.м.н., профессор, старший научный сотрудник ЧОУ ВО «Санкт-Петербургский медико-социальный институт».

В пособии рассмотрены вопросы эпидемиологии, классификации, патогенеза, клинических проявлений и диагностики хронического панкреатита, а также современные подходы терапии.

Учебное пособие предназначено для подготовки ординаторов по специальностям 31.08.28 Гастроэнтерология, а также может быть использовано студентами медицинских ВУЗов и дипломированными специалистами. Кроме того, оно может оказаться полезным при подготовке терапевтов, педиатров, врачей общей практики, инфекционистов. Учебное пособие может быть использовано в качестве учебных материалов при различных формах последипломного обучения.

Одобрено в качестве учебного пособия Учебно-методическим советом ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «23» ноября 2023 г., протокол №13/2023.

Обсуждено на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой ИМО ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «27» ноября 2023 г., протокол № 11

Оглавление

ХРОНИЧЕСКИЙ ПАНКРЕАТИТ 293

Список сокращений 296

ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ 296

ВВЕДЕНИЕ 297

ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПАТОГЕНЕЗ, ФАКТОРЫ ХРОНИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ 298

ЭКЗОКРИННАЯ ФУНКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 300

ЭКЗОКРИННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 301

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 303

ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 304

Лабораторные методы 304

Инструментальные методы 306

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ 306

Общие принципы консервативной терапии 306

Полиферментная терапия 307

ЗАКЛЮЧЕНИЕ 311

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЙ МАТЕРИАЛ 312

ЛИТЕРАТУРА 314

Список сокращений

ГГТП - гаммаглютамилтранспептидазы
ДПК - двенадцатиперстная кишка
КТ - компьютерная томография
МРТ - магнитно-резонансной томографии
МРХПГ - магнитно-резонансная холангиопанкреатография
ПЖ - поджелудочная железа
УЗИ - ультразвуковое исследование
ХП - хронический панкреатит
ХЦК - холецистокинина
ЭСПБЗ - эндосонографии панкреатобилиарной зоны
CDT - карбогидрат-дефицитный трансферрин
MCV - средний объем эритроцита

ФОРМИРУЕМЫЕ КОМПЕТЕНЦИИ

ПК – 1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания.

ПК – 2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными.

ПК – 5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем.

ПК – 6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи.

ПК – 8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении.

ВВЕДЕНИЕ

Распространенность хронического панкреатита (ХП) по данным международного консенсуса по оценке боли связанной с хроническим панкреатитом составляет 150 случаев на 100 тыс. населения. В Европе составляет 25,0–26,4 случая на 100 тыс. населения, в России — 27,4–50,0 случая на 100 тыс. населения, вместе с тем в 15-25% случаев заболевание носит тяжелый деструктивный характер и сопровождается различными осложнениями, которые являются основной причиной летального исхода. При этом при наиболее тяжелой форме заболевания – панкреонекрозе – летальность остается крайне высокой и, по данным различных авторов, составляет от 15 до 90%.

Согласно литературным данным, распространенность хронического панкреатита среди заболеваний органов пищеварения составляет до 20%, но при этом прослеживается общемировая тенденция к увеличению заболеваемости (в 2 раза за последние 30 лет). Распространенность хронического панкреатита в России среди взрослых за последние 10 лет увеличилась в 3 раза, а среди подростков – в 4 раза.

Известно, что основным этиологическим фактором развития панкреатита является употребление алкоголя. Так, у лиц, употребляющих более 100 г этанола в сутки, риск развития хронического панкреатита повышен в 11 раз по сравнению с лицами, не употребляющими алкоголь. Вместе с тем, определить пороговую дозу, превышение которой чревато развитием ХП, не удается, что подтверждает различную индивидуальную чувствительность к алкоголю и возможную роль других факторов в развитии алкогольного ХП. Следует учесть, что, в отличие от алкогольной болезни печени, хронический и даже острый панкреатит могут развиться при употреблении так называемых «социально-приемлемых» доз алкоголя. Хотя алкоголь остается наиболее распространенной этиологией, более поздние исследования показывают, что алкоголь может быть причиной только у трети-половины пациентов.

По данным отечественной литературы, хронический панкреатит существенно «помолодел»: средний возраст пациента в среднем снизился на 11 лет – с 50 до 39 лет. Вызывают тревогу последние эпидемиологические данные, согласно которым среди учащихся 5-7 классов школы 52% школьников уже пробовали алкоголь, а среди школьников 8-9 классов с алкоголем были знакомы уже 91%, а среди учеников 10-11 классов – 100%. В целом, хронический панкреатит наиболее распространен среди населения среднего возраста (40–62 года) и чаще встречается у мужчин (55–85%).

Широкая распространенность панкреатита определяется следующими факторами:

1. Центральной ролью поджелудочной железы в организации полостного пищеварения. Гидролазы поджелудочной железы расщепляют 80% полисахаридов, 85% протеинов, практически все липиды.
2. Интенсивностью метаболических процессов в поджелудочной железе, поддерживающихся непосредственным влиянием ряда ключевых гормонов (инсулин, глюкагон, соматостатин и др.).
3. Низкой пролиферативной активностью поджелудочной железы.
4. Сложностью эффективной регуляции работы органа в связи с объединением экзокринной и эндокринной функций.
5. Высокой чувствительностью поджелудочной железы к действию алкоголя. Важно отметить, что опасная доза этанола для поджелудочной железы в 2 раза меньше, чем для печени (таблица 1).

Таблица 1

Дозы алкоголя, связанные с риском повреждения печени

Безопасные дозы алкоголя	210 мл этанола (530 мл водки) в неделю
Опасные дозы алкоголя	80-160 мл этанола (200-400 мл водки) в сутки
Очень опасные дозы алкоголя	>160 мл этанола (>400 мл водки) в сутки

ОПРЕДЕЛЕНИЕ, ПАТОГЕНЕЗ, ФАКТОРЫ ХРОНИЗАЦИИ ВОСПАЛИТЕЛЬНОГО ПРОЦЕССА В ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЕ

Хронический панкреатит – длительное воспалительное заболевание поджелудочной железы (ПЖ), проявляющееся необратимыми морфологическими изменениями паренхимы и протоков органа, которые вызывают боль и/или стойкое снижение функции. Несоответствие возможностей сосудистого русла органа обеспечить необходимую интенсивность синтетических процессов оказывается особенно выраженной при неадекватных нагрузках на орган обильным приемом пищи и алкоголя. Сравнительно затрудненную адаптацию поджелудочной железы к внезапным переменам питания в количественном и качественном отношении (обильная и жирная пища, алкоголь) в своих фундаментальных трудах экспериментально доказал еще Иван Петрович Павлов.

Повреждение органа запускает общие и местные компенсаторные противовоспалительные механизмы: синтез ингибитора трипсина (тучные клетки), орозомукоида, С-реактивного пептида, также происходит перераспределение кровотока, снижение двигательной активности желудка и кишечника. Недостаточность компенсаторных реакций, направленных в первую очередь на ликвидацию гипоксии, приводит к панкреонекрозу, но при адекватности компенсаторных реакций очаг альтерации локализуется и замещается соединительной тканью.

В качестве причин хронизации альтернативных процессов в поджелудочной железе рассматриваются следующие факторы:

А – патология сосудов, гипоксия:

1. *Гипертензия сосудов поджелудочной железы в результате нарушения вегетативной регуляции висцерального кровотока*. Для заболевания характерны вегетативные кризы, сопровождаемые спазмами артерий железы. На фоне подобного криза формируются инвагинаты артерий мышечного и мышечно-эластического типа, вызывающие локальную острую ишемию. Зоны некроза и гипоксии ткани в ходе патологического процесса замещаются соединительной тканью, и повторные вегетативные кризы формируют фиброз органа.

2. *Ишемическая болезнь сосудов брюшной полости* (артериосклероз, атеросклероз чревного ствола и мезентериальных артерий), в результате которой развивается гипотрофия и фиброз поджелудочной железы с явлениями секреторной недостаточности. В случае тромбоза артерии наступает фульминантное разрушение органа.

Б – мембранная метаболическая патология, связана с повреждением клеточных мембран и последующим разрушением клетки:

1. *Экологические факторы* (консерванты, тяжелые металлы, пестициды, вещества бытовой химии, электромагнитные излучения), которые оказывают влияние на формирование клеточных мембран, в связи с чем повышается вероятность повреждения органа.

2. *Токсикомания* (алкоголизм, детергенты, химикаты, лекарственные препараты).

3. *Наследственная мембранная патология*.

В – патология протоковой системы поджелудочной железы (происходит постепенная склеротическая инволюция органа, как правило, не затрагивающая его островковый аппарат):

1. *Экзогенные причины, ухудшающие отток панкреатического сока* (дискинезия двенадцатиперстной кишки (ДПК), желчнокаменная болезнь, опухоли железы и фатерова соска, фиброз органа).
2. *Собственно патология протоков* (муковисцидоз, камнеобразование в протоках, воспалительные поражения протоков восходящей инфекцией и др.).

Г – недостаточность ингибиторов протеаз (характерно рецидивирующее течение заболевания с формированием функциональной недостаточности органа)

1. *Системная* (общее истощение, патология печени).
2. *Внутриорганная* (нарушение синтеза и накопления ингибиторов протеаз органом, но данная проблема является малоизученной).
3. *Наследственная*.

Следует заметить, что аутоиммунный механизм хронизации повреждения поджелудочной железы, несмотря на имеющиеся в литературе данные экспериментальных исследований прошлых лет, не получил убедительного клинического подтверждения, при этом использование глюкокортикоидов, напротив, могло способствовать обострению заболевания.

Широкое применения приобрела классификация TIGAR-O (Toxic-metabolic, Idiopathic, Genetic, Autoimmune, Recurrent acute, Obstructive), отражающая причины развития хронического панкреатита, согласно которой выделяют:

1. Токсический/метаболический:

- алкоголь,
- табакокурение,
- гипертриглицеридемия,
- гиперкальциемия,
- хроническая почечная недостаточность,
- действие медикаментов и токсинов.

2. Идиопатический:

- раннего начала (средний возраст 20 лет, боль),
- позднего начала (средний возраст 56 лет, боль отсутствует у 50 % пациентов; быстрое развитие кальцификации, экзо- и эндокринной недостаточности),

3. Наследственный:

- аутосомно-доминантный: мутации катионического трипсиногена (PRSS1, мутации в кодонах 29 и 122);
- аутосомно-рецессивный: мутации CFTR (cystic fibrosis transmembrane conductance regulator), мутации SPINK1 (serine protease inhibitor, Kazal type 1), мутации катионического трипсиногена (кодоны 16, 22, 23),

4. Аутоиммунный:

- изолированный аутоиммунный панкреатит,
- Аутоиммунный панкреатит, ассоциированный с другими аутоиммунными заболеваниями.

5. Хронический панкреатит как следствие рецидивирующего и тяжелого острого панкреатита:

- постнекротический (тяжелый острый панкреатит),
- рецидивирующий острый панкреатит,
- сосудистые заболевания/ишемический, - лучевой.

6. Обструктивный:

- стеноз сфинктера Одди,
- обструкция протока (например, опухолью, периампулярными кистами двенадцатиперстной кишки),
- посттравматические рубцы панкреатических протоков (осложнение эндоскопических процедур: папиллосфинктеротомии, экстракции конкрементов и т. д.),
- pancreas divisum.

7. Тропический:
- тропический кальцифицирующий панкреатит,
- фиброкалькулезный панкреатический диабет.

ЭКЗОКРИННАЯ ФУНКЦИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Протеолитическая активность пищеварительного сока поджелудочной железы находится на сравнительно высоком уровне уже с первых месяцев жизни, достигая максимума к 4-6 годам. Липолитическая активность увеличивается в течение первого года ребенка. Активность поджелудочной амилазы к концу первого года жизни возрастает в 4 раза, достигая максимальных значений к 9-ти годам.

Как известно, амилаза секретируется не только поджелудочной железой, но и слюнными железами, при этом обе ее формы имеют приблизительно одинаковую активность и участвуют в расщеплении крахмала и гликогена. Амилаза слюнных желез может переварить крахмал еще до его поступления в тонкую кишку и контакта с панкреатической амилазой. Амилаза гидролизует α1,4-гликозидные связи крахмала и гликогена, но не в состоянии расщеплять α1,6-связи, которые гидролизуются ферментами интестинальной щеточной каемки.

Панкреатическая липаза катализирует расщепление триглицеридов пищи до двух жирных кислот и моноглицерида. Свое действие она осуществляет вместе с желчными кислотами и колипазой поджелудочной железы.

При поступлении пищи в желудочно-кишечный тракт поджелудочная железа секретирует в тонкую кишку панкреатические ферменты и бикарбонаты, нейтрализующие соляную кислоту и поддерживающие щелочную среду в двенадцатиперстной кишке, необходимую для нормального функционирования энзимов.

В физиологических условиях поджелудочная железа образует в сутки от 50 до 1500 мл секрета. Панкреатический сок представляет собой бесцветную жидкость щелочной реакции (pH 7,8–8,4), содержит органические вещества (белки) и неорганические компоненты (бикарбонаты, электролиты, микроэлементы), а также слизь выводящих протоков.

Ферментная часть секрета образуется в ацинарных клетках, а жидкая (водно-электролитная) – муцин и бикарбонаты – в эпителии протоков. Таким образом, расщепление пищевых веществ происходит с помощью панкреатических ферментов – липазы, амилазы и протеаз – играющих ключевую роль во внешнесекреторной функции поджелудочной железы (таблица 2).

Таблица 2

Пищеварительные ферменты поджелудочной железы

Фермент поджелудочной железы	Мишень
амилаза	α1,4-гликозидные связи крахмала, гликогена
липаза	триглицериды
фосфолипаза А	фосфатидилхолин
карбоксиэстераза	эфиры холестерина, эфиры жирорастворимых витаминов, три-, ди-, моноглицеридов
трипсин*	внутренние связи белка (основные аминокислоты)

химотрипсин*	внутренние связи белка (ароматические аминокислоты, лейцин, глутамин, метионин)
эластаза*	внутренние связи белка (нейтральные аминокислоты)
карбоксипептидаза А и В*	наружные связи белка, включая ароматические и нейтральные алифатические аминокислоты (А) и основные аминокислоты (В) с карбоксильного конца

** образуются в поджелудочной железе в неактивной форме (проферменты) и активируются в двенадцатиперстной кишке*

В активной форме поджелудочной железой секретируются липаза, амилаза и рибонуклеаза. Большинство ферментов находятся в неактивной форме в виде проэнзимов, которые активируются в двенадцатиперстной кишке энтерокиназой (рисунок 1).

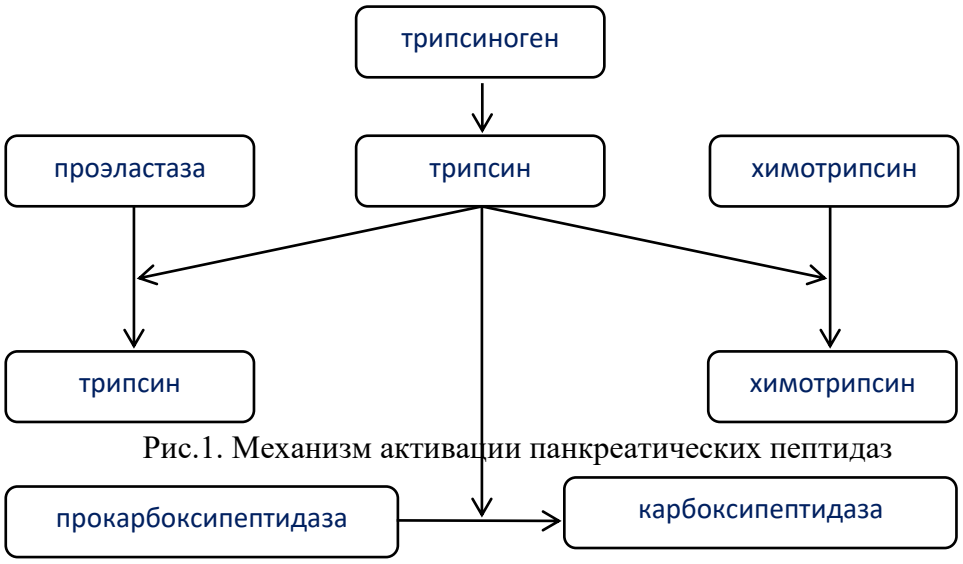


Рис.1. Механизм активации панкреатических пептидаз

ЭКЗОКРИННАЯ НЕДОСТАТОЧНОСТЬ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Синдром экзокринной недостаточности поджелудочной железы обусловлен уменьшением массы ее функционирующей экзокринной паренхимы в результате атрофии, фиброза, неоплазии, либо нарушением оттока панкреатического секрета в двенадцатиперстную кишку в силу обтурации выводных протоков поджелудочной железы конкрементом, опухолью, густым и вязким секретом.

Наряду с первичной панкреатической недостаточностью, связанной с уменьшением объема функционирующей паренхимы поджелудочной железы, выделяют так называемую вторичную панкреатическую недостаточность, при которой панкреатические ферменты либо не активируются, либо инактивируются в кишечнике. Как правило, это состояния, связанные со снижением интрадуоденального уровня pH менее 5,5, моторной дисфункцией двенадцатиперстной кишки, быстрым транзитом кишечного содержимого, избыточным бактериальным ростом в тонкой кишке, дефицитом желчи и энтерокиназы и другими причинами.

Двумя основными причинами внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы являются хронический панкреатит у взрослых и муковисцидоз у детей. Альтернативные причины включают острый панкреатит, опухоли поджелудочной железы,

сахарный диабет, целиакию, воспалительные заболевания кишечника, бариатрическую хирургию, ВИЧ-инфекция/СПИД, а также генетические и врожденные причины.

Причины первичной панкреатической недостаточности:

- Хронический панкреатит.
- Муковисцидоз.
- Липоматоз поджелудочной железы взрослых (при ожирении).
- Резекция поджелудочной железы, панкреатэктомия.
- Изолированная недостаточность липазы.
- Синдром Швахмана.
- Синдром Йохансона-Близзарда.
- Агенезия, гипоплазия поджелудочной железы.
- Рак поджелудочной железы.
- Инфильтративный рост с субтотальным замещением функционирующей паренхимы без нарушения оттока.
- Локальное поражение поджелудочной железы с развитием блока главного панкреатического протока вследствие прорастания иди сдавления.

Причины вторичной панкреатической недостаточности:

- Заболевания слизистой оболочки тонкой кишки (уменьшение секретиновой и холецистокининовой стимуляции поджелудочной железы).
- Гастринома (инактивация ферментов поджелудочной железы).
- Наложение анастомоза по Бильрот II (плохое перемешивание пищевого комка с ферментами поджелудочной железы).
- Врожденная недостаточность энтерокиназы.
- Недостаточность поступления белков с пищей.
- Желчнокаменная болезнь.
- Постхолецистэктомический синдром, цирроз печени (дефицит желчных кислот, асинхронизм поступления в ДПК желчи и панкреатического сока).
- Избыточный бактериальный рост в тонкой кишке.

Развитие экзокринной недостаточности поджелудочной железы зависит от ряда вторичных факторов, включающих особенности гастроинтестинальной моторики, желудочной, билиарной и тонкокишечной секреции, абсорбции, секреции гормонов и последствий абдоминальной хирургии (состояние после резекции желудка и гастрэктомии, холецистэктомиия и др.). Однако, несмотря на широкий спектр причин экзокринной недостаточности органа, самой частой причиной развития данного синдрома является именно хронический панкреатит.

По мере увеличения длительности течения хронического панкреатита секреция ферментов уменьшается, однако снижение активности ферментов происходит неодномоментно с развитием патологического процесса:

1. Установлено, что в первую очередь снижается панкреатическая секреция липазы, а снижение секреции амилазы и протеаз происходит несколько позже.
2. Дефицит липазы, по сравнению со степенью снижения секреции протеаз, более выражен, так как недостаточность панкреатических протеаз может быть компенсирована кишечными протеазами и пептидазами, панкреатической амилазы – амилазами слюны и кишечника, а компенсаторные возможности в

отношении слюнной и желудочной липазы по сравнению с другими панкреатическими ферментами существенно ниже.

3. Снижение секреции бикарбонатов, наблюдаемое при экзокринной недостаточности поджелудочной железы, приводит к снижению pH в двенадцатиперстной кишке, а при pH ниже 5,0 липаза разрушается быстрее, чем другие ферменты. На фоне низкого интрадуоденального pH также снижается преципитация жирных кислот и происходит нарушение формирования мицелл, что в свою очередь также выражается нарушением всасывания жиров.

Таким образом, развитие стеатореи при хроническом панкретатите обусловлено нарушением панкреатического липолиза в результате снижения синтеза панкреатической липазы, нарушения секреции бикарбонатов с ацидификацией ДПК и преципитацией желчных кислот.

КЛИНИЧЕСКИЕ ПРОЯВЛЕНИЯ ПОРАЖЕНИЯ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

В отличие от острого панкреатита, который проявляется приступами интенсивной боли опоясывающего характера в эпигастрии, болевой абдоминальный синдром при хроническом панкреатите может варьировать по интенсивности. Некоторые пациенты могут испытывать постоянную боль различной степени тяжести с периодическими обострениями, другие испытывают постоянную непрекращающуюся и выраженную боль. У многих пациентов боль возникает эпизодически. Чаще всего у пациентов боль присутствует в собственно эпигастральной и околопупочной областях, либо возникают тупые боли постоянного характера или ощущение распирания и дискомфорта по всему эпигастрию с иррадиацией в спину. Состояние может ухудшаться в положении лежа, либо в постпрандиальный период. При этом абдоминалгия усиливается после употребления алкоголя, курения, приема жирной пищи, переедания. Необходимо отметить суточный ритм болей: до обеда они беспокоят в меньшей степени, они либо появляются после обеда, либо постепенно нарастают к вечеру. Как правило боль сопровождается тошнотой, рвотой и анорексией. Однако изменение характера боли или внезапное усиление боли должно побудить к поиску осложнений хронического панкреатита, таких как псевдокисты, обструкция двенадцатиперстной кишки или желчевыводящих путей или рак поджелудочной железы.

Известно, что компенсаторные возможности поджелудочной железывесьма велики, в связи с чем нарушение панкреатической секреции проявляется лишь при тяжелом ее поражении. В частности, стеаторея и креаторея у взрослых пациентов развиваются при снижении секреции панкреатической липазы и трипсина более чем на 90%.

Экзокринная недостаточность поджелудочной железы является важной причиной мальдигестии и мальабсорбции. Сочетание стеатореи и ннутритивной недостаточности приводит к множественным симптомам, вызывающим снижение качества жизни и развитие осложнений. Проявления внешнесекреторной недостаточности неспецифичны.
Клиническими признаками экзокринной недостаточности поджелудочной железы являются следующие проявления: стеаторея, дискомфорт в животе, вздутие живота и потеря веса. Кроме того, часто возникают недоедание, дефицит микроэлементов и витаминов (таблица 3), метаболические заболевания костей (остеопороз или остеомаляция), мышечные спазмы, снижение иммунной компетентности и повышенный риск сердечно-сосудистых событий.
Таблица 3

Симптомы нарушения пищеварения и всасывания и механизмы их развития при хроническом панкреатите

Клинические признаки	Механизм развития
Парастезии, боль в костях, тетания, остеопороз	Снижение всасывания Ca^{++} и витамина D
Мышечные судороги	Избыточная потеря K^{+} и Mg^{++}
Геморрагический синдром	Снижение всасывания витамина К
Глоссит, стоматит, хейлит	Дефицит витамина B_{12}, фолиевой кислоты и др. витаминов группы В
Акродерматит	Дефицит цинка

Поражение поджелудочной железы иногда приводит к повреждению островкового аппарата и нарушению эндокринной функции – в ряде случаев наблюдается клиническая картина нетяжелого сахарного диабета.

ДИАГНОСТИКА ПАТОЛОГИИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Лабораторные методы

Так как основным этиологическим факторов развития панкреатита является прием алкоголя, для верификации именно алкогольного генеза панкреатита используется ряд биохимических маркеров злоупотребления алкоголем. Данные биохимического анализа крови позволяют оценить такие показатели, как АЛТ и АСТ, а также соотношение АСТ/АЛТ – коэффициент де Ритиса (в норме составляет 0,91-1,75). Если полученный показатель более 2, это свидетельствует о злоупотреблении алкоголем с развитием сопутствующей патологии печени. Наиболее достоверным маркером регулярного употребления алкоголя является активность гаммаглютамилтранспептидазы (ГГТП) (таблица 4). Вместе с тем, данный показатель повышается лишь в $^{2}/_{3}$ случаев. При этом необходимо помнить о возможности получения ложноположительных результатов теста на ГГТП, что может быть связано с вирусными заболеваниями печени, беременностью, приемом антидепрессантов, противосудорожных препаратов, статинов. Еще одним маркером злоупотребления алкоголем считают карбогидрат-дефицитный трансферрин (CDT). Определяют процентное соотношение карбогидрат-дефицитного трансферрина к общему трансферрину крови (%CDT). Известно, что трансферрин имеет карбогидратный компонент, но он исчезает, если пациент употреблял более 60 г этанола в день в течение предшествующих трех и более недели. CDT может быть повышен у лиц, злоупотребляющих алкоголем, при нормальном показателе ГГТП. Кроме того, определяется средний объем эритроцита (MCV), который повышается у $^{1}/_{3}$ пациентов, злоупотребляющих алкоголем.

Таблица 4

Биохимические тесты для объективизации приема алкоголя

Тест	Актуальность теста после приема алкоголя
%CDT	3 недели
ГГТП	3 недели
MCV	4 недели
АСТ/АЛТ > 2	3 недели

Лабораторная диагностика хронического панкреатита затруднительна. Основными методами являются холецистокинин-секретиновый тест и эндоскопический тест с оценкой функции поджелудочной железы, однако данные методы характеризуются высокой стоимостью, инвазивностью, что и ограничивает их применение в клинической деятельности врача.

Определение активности альфа-амилазы, липазы в сыворотке крови не является диагностическим маркером хронического панкреатита, поскольку повышение данных показателей встречается при разной патологии.

Наиболее ранним признаком экзокринной панкреатической недостаточности является стеаторея, креаторея появляется значительно позже, а амилорея наблюдается достаточно редко.

Золотым стандартом является для диагностики хронического панкреатита является 72-часовое количественное определение содержания жира в кале. Пациент в течение 3-5 дней должен принимать пищу, в которой содержится 100 г жира. Далее в течение 72 часов проводят сбор образцов кала для анализа. Если пациент теряет более 15 % принятого жира (более 7 г в сутки), то стеаторею считают доказанной. Тем не менее использование данного метода ограниченно из-за неудобств применения.

Содержание жиров в стуле можно также оценить качественным (добавление к калу суданового красителя) и количественным методами, причем последний является наиболее информативным, так как он позволяет суммарно определить общее количество жира в фекалиях с учетом жира экзогенного (пищевого) происхождения. В норме с калом выделяется не более 10% от жира, полученного с пищей. При заболеваниях поджелудочной железы его количество может увеличивается до 60 %.

Определение эластазы-1 в кале является «золотым стандартом» в диагностике и оценке экзокринной функции поджелудочной железы. Панкреатическая эластаза синтезируется в поджелудочной железе и экскретируется в виде проэластазы вместе с другими ферментами в двенадцатиперстную кишку, где под действием трипсина превращается в эластазу. Эластаза-1 не деградирует в кишечнике, поэтому ее содержание в кале используют как показатель экзокринной функции поджелудочной железы.

Тест специфичен для человеческой панкреатической эластазы-1, поэтому поступление экзогенной эластазы (животного происхождения) не влияет на результаты исследования, и нет необходимости прерывать лечение перед проведением исследования.

Диагностическая чувствительность и специфичность теста, которые превышают 90%, а также его удобство для пациента делают этот метод почти идеальным тестом, «золотым стандартом» диагностики нарушений экзокринной функции поджелудочной железы.

В норме активность эластазы-1 в кале у детей старше 1 мес. и взрослых составляет более 200 мкг/г кала. Легкая степень экзокринной недостаточности поджелудочной железы соответствует содержанию эластазы-1 на уровне 200-500 мкг в 1 г кала; средняя степень – < 200 мкг в 1 г кала; тяжелая степень – < 100 мкг в 1 г кала.

Важно помнить, что результаты теста на эластазу-1 влияют на подбор дозы полиферментного препарата, поскольку по полученным показателям оценивается ферментативная активность поджелудочной железы. Таким образом, этот тест, помимо диагностического, имеет и терапевтическое значение.

Помимо вышеперечисленных, используются функциональные методы оценки эндокринной функции поджелудочной железы, которые включают определение уровня сахара в крови натощак и глюкозотолерантный тест (определение резервных возможностей инсулярного аппарата поджелудочной железы).

Инструментальные методы

Основным и наиболее широко используемым инструментальным методом оценки состояния поджелудочной железы является ультразвуковое исследование (УЗИ). Однако выбор данного метода основан на дифференциальной диагностике болевого абдоминального синдрома.

С помощью УЗИ органов брюшной полости с высокой специфичностью возможно определить основные проявления хронического панкреатита: увеличение размеров поджелудочной железы, расширение протока поджелудочной железы, вирсунголитиаз и кальциноз паренхимы, постнекротические кисты.

Эндосонографии панкреатобилиарной зоны (ЭСПБЗ) и компьютерная томография (КТ) органов брюшной полости с внутривенным болюсным контрастированием являются ключевыми методами, поскольку позволяют выявить ранние признаки хронического панкреатита. КТ с внутривенным контрастированием позволяет обнаружить зоны некроза, отек, опухоли, конкременты, ложные аневризмы бассейна селезеночной, гастродуоденальной артерии, фиброзные изменения паренхимы поджелудочной железы. Чувствительность данного метода составляет 75–90 % специфичность — 85–90 %.

Кроме того, ЭСПБЗ определяет дифференциальную диагностику хронического панкреатита с другими образованиями поджелудочной железы или кистозными поражениями.

Выполнение магнитно-резонансной томографии (МРТ) рекомендовано пациентам с непереносимостью йодсодержащих контрастных препаратов и с целью дифференциальной диагностики причин билиарной и панкреатической гипертензии.

Магнитно-резонансная холангиопанкреатография (МРХПГ) также является методом выбора в дифференциальной диагностике билиарной и панкреатической гипертензии и рекомендуется пациентам с целью уточнения изменений в протоковой системе
Эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография не используется в виду опасности развития осложнений (острого панкреатита, холангита, сепсиса, ретродуоденальной перфорации).

ПРИНЦИПЫ ТЕРАПИИ ПАЦИЕНТОВ С ЗАБОЛЕВАНИЯМИ ПОДЖЕЛУДОЧНОЙ ЖЕЛЕЗЫ

Общие принципы консервативной терапии

Основными целями в терапии панкреатита алкогольного генеза являются:

1. Элиминация причинного фактора заболевания;
2. Купирование болевого абдоминального синдрома;
3. Коррекция экзокринной недостаточности поджелудочной железы;
4. Коррекция эндокринной недостаточности органа.

Первый подход в успешной терапии реализуется путем категорического отказа от алкоголя.

Второй подход в терапии связан с купированием абдоминалгии, для чего используются диетотерапия, фармакотерапия, действие которой направлено на ингибирование панкреатической.

Диета является одной из составляющих терапии при хроническом алкогольном панкреатите, так как у таких пациентов без применения диетотерапии трудно рассчитывать на достаточный лечебный эффект. Для уменьшения болевого синдрома диета не должна оказывать существенного влияния на продукцию панкреатического сока, и при этом необходимо соблюдать два основных диетических принципа: дробный прием

пищи (5-6 раз в день) и ограничение потребления стимуляторов панкреатической секреции (прием механически и химически щадящей пищи). Важно помнить, что содержания жира в пище должно быть уменьшено до 80 г/сут., количество жира должно быть равномерно распределено в течение дня, жиры в чистом виде из рациона исключаются и используются растительные жиры, в рационе ограничивается квота углеводов (до 350 г/сут), преимущественно за счет простых сахаров (не более 30 г/сут) и ограничивается количество поваренной соли (до 6-8 г/сут). Уменьшению болевого синдрома также способствует включение в рацион среднецепочечных триглицеридов и гидрализованных пептидов.

В клинической практике используются ингибиторы панкреатической секреции, такие как соматостатин, энкефалины. Кроме того, для создания функционального покоя поджелудочной железы необходимо назначение антисекреторных средств. Учитывая максимальную кислотосупрессию, наиболее часто применяются ингибиторы протонной помпы, при необходимости в парентеральной форме. В случаях ишемии поджелудочной железы, периневрального воспаления и фиброза, зачастую используются ненаркотические анальгетики и спазмолитические препараты. Из числа последних назначаются как неселективные (дротаверин), так и селективные спазмолитики (гиосцина бутилбромид, мебеверин, пинаверия бромид).

Полиферментная терапия

В последние годы для купирования боли панкреатического происхождения особое внимание уделяется эффективному использованию ферментных препаратов. Полиферментные препараты – это комбинированные многокомпонентные лекарственные средства, преимущественно животного происхождения, основным действующим субстратом которых является панкреатин в чистом виде или в комбинации с дополнительными компонентами (желчными кислотами, гемицеллюлазой, пеногасителемсиметиконом, адсорбентами и др.).

Полиферментные препараты, в зависимости от комбинации входящих в их состав компонентов, разделяют на несколько групп:

- Экстракты слизистой оболочки желудка, основным действующим веществом которых является пепсин (абомин, пепсидил, ацидинпепсин). Применение данных ферментов у больных панкреатитами показано только при сочетании тяжелой внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы и атрофического гастрита.
- Панкреатические энзимы, в состав которых входит амилаза, липаза и трипсин (мезим-форте, пангрол, креон и др.).
- Комбинированные препараты, содержащие помимо панкреатина компоненты желчи, гемицеллюлозу, симетикон, растительные желчегонные (куркума) средства и др. (фестал, дигестал, панстал, энзистал, панкреофлат и др.). Желчные кислоты, введенные в состав препарата, увеличивают панкреатическую секрецию и холерез, стимулируют моторику кишечника и желчного пузыря. В условиях микробной контаминации кишечника происходит их деконъюгация, что может приводить к активации цАМФ энтероцитов с последующим развитием осмотической и секреторной диареи. В связи с этим, ферментные препараты, содержащие желчные кислоты, категорически противопоказаны больным с отечными и болевыми формами хронического панкреатита.
- Комбинированные ферменты, содержащие животные ферменты (панкреатин) в сочетании с растительными энзимами, витаминами (вобэнзим, панкреатин и экстракт рисового грибка).

– Собственно растительные энзимы, представленные папаином, грибковой амилазой, протеазой, липазой и другими ферментами (пепфиз, ораза).
– Ферменты, содержащие лактазу (лактраза, тилактаза).

Наиболее универсальными средствами, нормализующими пищеварение при синдромах мальдигестии и мальабсорбции, являются препараты панкреатина (панктеатические энзимы), не оказывающие влияния на функцию желудка, печени, моторику билиарной системы и кишечника. Эти ферменты обеспечивают достаточный спектр пищеварительной активности и способствуют купированию таких клинических признаков, как тошнота, урчание в животе, метеоризм, стеато-, креато- и амилорея. Входящая в полиферментный комплекс амилаза расщепляет преимущественно внеклеточные полисахариды до простых сахаров – сахарозы и мальтозы, практически не участвуя в гидролизе растительной клетчатки. Протеазы в препаратах панкреатина преимущественно представлены химотрипсином и трипсином. Липаза участвует в гидролизе нейтрального жира.

Следует учесть, что кишечная фаза секреции панкреатического сока, которая является основной, имеет гуморальную природу и зависит от высвобождения секретина и холецистокинина (ХЦК). Секретин – пептидный гормон, выделяемый эндокринными клетками слизистой оболочки верхнего отдела тонкой кишки под действием соляной кислоты желудка, является важным физиологическим регулятором секреции соляной кислоты в желудке и бикарбонатов (стимулирует секрецию насыщенного бикарбонатами и содержащего небольшое количество хлоридов и ферментов панкреатического сока). ХЦК – полипептидный гормон верхнего отдела тонкой кишки, который стимулирует секрецию панкреатического сока, богатого пищеварительными ферментами и обедненного бикарбонатами. Секретин и ХЦК взаимодействуют между собой, потенцируя влияние друг друга. Помимо стимуляции ХЦК экзокринной секреции поджелудочной железы он стимулирует сокращение желчного пузыря. Эта функция гормона позволяет согласовывать действие желчных кислот с действием липолитических ферментов. Противоболевой эффект препаратов, содержащих панкреатин, проявляется за счет механизма обратного торможения выработки ферментов поджелудочной железой при их поступлении в двенадцатиперстную кишку, т.е. ферментные препараты назначаются в качестве ингибиторов панкреатической секреции, создавая физиологической покой органа (рисунок 2).

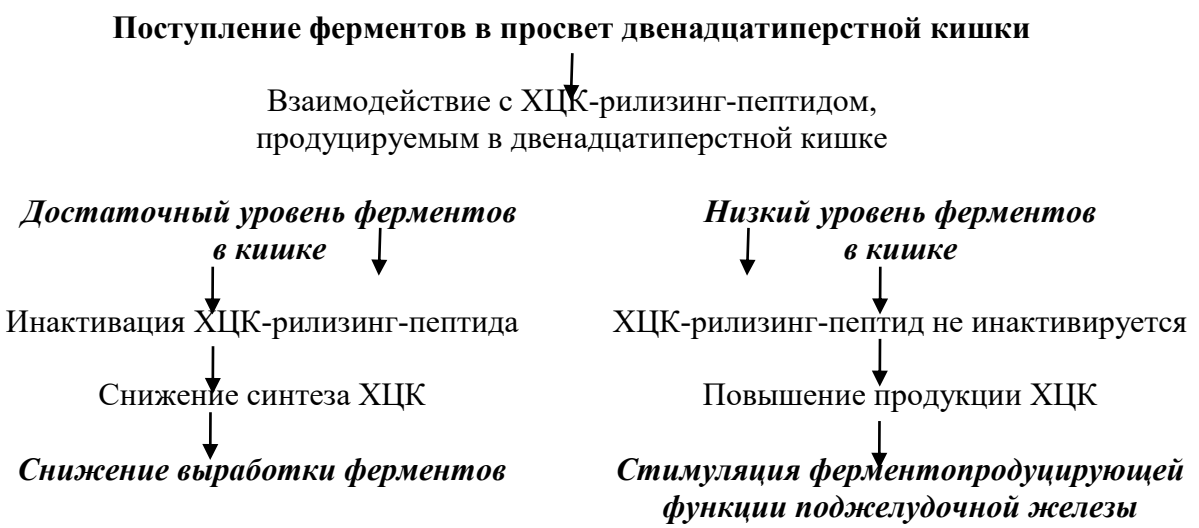


Рис. 2. Физиологическая регуляция (по механизму обратной связи) выработки собственных ферментов поджелудочной железы

В ряде исследований были продемонстрированы результаты, показывающие уменьшение выраженности болевого абдоминального синдрома на фоне приема полиферментных препаратов. Однако роль их применения в лечении абдоминальной боли при хроническом панкреатите неоднозначна. Согласно клиническим рекомендациям российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению хронического панкреатита от 2022 года пациентам с хроническим панкреатитом при доминирующей боли в животе, отсутствии дилатации протоков или при минимальных изменениях в паренхиме ПЖ рекомендуется назначение пищеварительных ферментных препаратов с целью уменьшения боли. (Уровень убедительности рекомендаций — С; Уровень достоверности доказательств — 2).

Анализируя зарубежную литературу, было получено недостаточное количество доказательств эффективности применения ферментов, за счет противоречивости результатов. Американская гастроэнтерологическая ассоциация (2020) не рекомендует использовать ферменты поджелудочной железы для улучшения болевого синдрома при хроническом панкреатите (условная рекомендация, низкое качество доказательство). Тем не менее, если пациенты отмечают уменьшение болевого синдрома на фоне полиферментной терапии в особенности при отсутствии энтеросолюбильной оболочки рекомендовано продолжить их применение, поскольку активация содержащихся в них энзимов начинается непосредственно в проксимальном отделе двенадцатиперстной кишки, способствуя максимально быстрому созданию функционального покоя поджелудочной железы и стиханию абдоминальной боли.

Европейские клинические рекомендации (2017) не рекомендуют использование ферментов поджелудочной железы для лечения боли при хроническом панкреатите. Также группой исследователей было отмечено, что ферменты без кишечнорастворимой оболочки уменьшают боль, дискомфорт в животе, которые связаны с экзокринной недостаточностью поджелудочной железы.

При этом возможности энтеросолюбильных микросферических ферментных препаратов в купировании болевого синдрома панкреатического происхождения по сравнению с таблетированными препаратами, проявляются в меньшей степени. Известно, что главную роль в торможении панкреатической секреции по механизму обратной связи (инактивации холецистокинин-рилизинг-пептида) играют протеазы, в частности трипсин. При этом важно наличие высоких концентраций протеаз именно в проксимальном отделе двенадцатиперстной кишки, а энтеросолюбильные ферментные препараты достигают максимальной активности в дистальном отделе последней, обладая при этом меньшей эффективностью в инактивации холецистокинин-рилизинг-пептида.

Кроме того, ферментная терапия необходима при наличии у пациента экзокринной недостаточности поджелудочной железы. В данном случае мы проводим заместительную терапию панкреатическими ферментами, которая имеет следующие эффекты:

- Улучшает переваривание и всасывание жиров у пациентов с хроническим панкреатитом и недостаточностью внешнесекреторной функции поджелудочной железы.
- Способна нормализовать состояние нутриционного статуса (состояния питания пациента).
- Предотвращает развитие остеопороза, обусловленного мальабсорбцией витамина D

– Улучшает качество жизни пациентов с хроническим панкреатитом (установлена достоверная взаимосвязь между улучшением показателей качества жизни и массой тела или уменьшением выделения жира с калом).

Показаниями для заместительной ферментной терапии при хроническом панкреатите с внешнесекреторной недостаточностью являются:

1. Стеаторея, при потере с калом более 15 г жира в сутки;

2. Прогрессирующая нутриционная недостаточность (снижение массы тела и развитие недостаточности питания по типу «алиментарный маразм» и «квашиокор»);

3. Стойкий диарейный синдром и диспептические жалобы;

4. С признаками нутритивной недостаточности (потеря в весе, гипотрофия мышц, остеопороз, признаки гиповитаминоза) без верификации стеатореи.

Основная цель заместительной терапии панкреатическими ферментами заключается в обеспечении достаточной активности липазы в двенадцатиперстной кишке, что сопряжено с рядом трудностей.

В первую очередь, воздействие соляной кислоты на панкреатические ферменты приводит к разрушению до 90% их общего количества. При этом использование препаратов, содержащих кислотоустойчивые ферменты растительного и грибкового происхождения, не нуждающихся в кислотозащитной оболочке, не дало ожидаемого результата. Так, было обнаружено, что эффективность кислотоустойчивый липазы грибкового происхождения значительно уступает препаратам панкреатина. По данным A. Suzuki et al. в экспериментах на собаках бактериальная липаза оказалась в 75 раз слабее: 240 мг бактериального фермента по своей активности оказались эквивалентны 18 мг фермента свиного происхождения.

Решением данной проблемы явилось создание галенических форм полиферментных препаратов в кислотоустойчивой оболочке. Использование препарата, имеющего такую оболочку, увеличивает всасывание жиров в среднем на 20% по сравнению с сопоставимой дозой панкреатина без оболочки.

Рекомендуемая доза в зависимости от выраженности внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы и выраженности болевого синдрома составляет в среднем 40–50 тыс. МЕ липазы на основной прием пищи и 20 тыс. МЕ на дополнительный во время или сразу после еды.

Схемы полиферментной терапии в комплексной терапии заболеваний поджелудочной железы представлены в таблице 5.

Таблица 5

Схемы полиферментной терапии в комплексной терапии хронического панкреатита

Вариант течения хронического панкреатита	Доза полиферментного препарата	Длительность приема полиферментного препарата
С изолированным болевым синдромом	При умеренной выраженности боли: 10 000 ЕД липазы 3 раза в день. При выраженной боли: 25 000 ЕД липазы 3 раза в день (вместе с приемом спазмолитиков или анальгетиков)	До купирования болевого синдрома (в среднем 10-14 дней), затем – по требованию
С болевым синдромом и внешнесекреторной недостаточностью	В среднем по 25 000 ЕД липазы 3 раза в день	От 10 дней до 1 мес., затем – по требованию

С внешнесекреторной недостаточностью	При легкой степени: 10 000 ЕД липазы 3 раза в день. При умеренной степени: 25 000 ЕД липазы 3 раза в день. При выраженной степени: 30 000 – 40 000 ЕД липазы 3 раза в день	1 мес. с учетом выраженности (вплоть до постоянного приема при необходимости)

ЗАКЛЮЧЕНИЕ

Таким образом, проблема поражения поджелудочной железы является актуальной как для взрослой, так и для педиатрической клинической практики. При этом терапия пациентов данной категории должна быть комплексной, и полиферментная терапия относится к числу облигатных ее составляющих не только для коррекции внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы, но и для купирования болевого абдоминального синдрома.

КОНТРОЛЬНО-ИЗМЕРИТЕЛЬНЫЙ МАТЕРИАЛ

Вопросы для самоконтроля:

1. Какие основные этиологические факторы поражения поджелудочной железы?
2. Опишите патогенетические механизмы поражения поджелудочной железы?
3. Какие подходы в ведении пациентов с заболеваниями поджелудочной железы?
4. Какие разновидности ферментных препаратов Вы знаете?
5. Какие цели достигаются при назначении полиферментной терапии?
6. Какие цели назначения спазмолитической терапии при хроническом панкреатите?
7. Какие основные причины для первичной экзокринной недостаточности поджелудочной железы?
8. Какие наиболее частые причины для вторичной внешнесекреторной недостаточности поджелудочной железы?

Выберите один правильный ответ

1. Какой из ферментов секретируется не только поджелудочной железой:

А) амилаза
Б) трипсин
В) липаза

2. субстратом для действия липазы являются:

А) фосфолипиды
Б) триглицериды
В) жирные кислоты

3. Какой из ферментов поджелудочной железы секретируется в неактивной форме:

А) амилаза
Б) трипсин
В) липаза

4. Снижение активности (инактивация) ферментов поджелудочной железы происходит при снижении интрадуоденального pH ниже, чем:

А) 4,5
Б) 5,5
В) 6,5

5. При прогрессировании хронического панкреатита снижение какого фермента поджелудочной железы происходит раньше других:

А) амилаза
Б) трипсин
В) липаза

6. Стеатореей 1 типа называется наличие в кале:

А) жирных кислот
Б) нейтрального жира
В) жирных кислот и нейстрального жира вместе

7. Стеатореей 2 типа называется наличие в кале:

А) жирных кислот
Б) нейтрального жира
В) жирных кислот и нейстрального жира вместе

8. Самым ранним копрологическим признаком экзокринной панкреатической недостаточности является:
А) стеаторея
Б) креаторея
В) амилорея
9. «Золотым стандартом» диагностики нарушений экзокринной функции поджелудочной железы является определение в кале:
А) липазы
Б) эластазы
С) триптазы

10. О тяжелой степени панкреатической недостаточности свидетельствует снижение активности эластазы-1 в кале ниже:
А) 100 мкг/г
Б) 200 мкг/г
В) 300 мкг/г

11. Комбинированные ферментные препараты, содержащие желчные кислоты противопоказаны при:
А) часто рецидивирующем хронического панкреатита
Б) отечной и болевой формах хронического панкреатита
С) безболевой форме хронического панкреатита

12. Из желудка одновременно с пищей могут эвакуироваться твердые частицы, диаметр которых составляет:
А) не более 2 мм
Б) не более 3 мм
В) не более 4 мм

13. Для коррекции стеатореи в течение 4 часов постпрандиального периода необходимо обеспечить поступление:
А) около 28000 ЕД липазы
Б) около 20000 Ед липазы
В) около 15000 Ед липазы

14. Перед определением эластазы-1 в кале:
А) необходимо прекратить прием ферментных препаратов за 7 суток до исследования
Б) необходимо прекратить прием ферментных препаратов за сутки до исследования
В) прекращать прием ферментных препаратов не нужно

15.В норме с калом выделяется:
А) не более 10 % от жира, поступившего с пищей
Б) не более 20% от жира, поступившего с пищей
В) жир в кале отсутствует

ЛИТЕРАТУРА

1. Винокурова Л.В., Агафонов М.А., Варванина Г.Г., Бордин Д.С., Ткаченко Е.В., Дубцова Е.А. Внешнесекреторная недостаточность поджелудочной железы, гастроинтестинальные гормоны и качество жизни больных хроническим панкреатитом // Лечащий врач. – 2014. – №9. – С. 72-75.
2. Гастроэнтерология: национальное руководство / Под ред. В.Т. Ивашкина, Т.Л. Лапиной. – М. ГЭОТАР-Медиа, 2014. – 480 с.
3. Ивашкин В.Т. Рациональная фармакотерапия органов пищеварения: Руководство для практикующих врачей / Под общ. ред. В.Т. Ивашкина. — М.: Литтерра, 2003. — 1046 с.
4. Ивашкин В.Т., Кригер А.Г., Охлобыстин А.В., Анищенко М.А., Кардашева С.С., Алексеенко С.А., Багненко С.Ф., Быков М.И., Будзинский С.А., Буриев И.М., Вишневский В.А., Гальперин Э.И., Глабай В.П., Гольцов В.Р., Дюжева Т.Г.,Кармазановский Г.Г., Королев М.П., Красильников Д.М., Кучерявый Ю.А., Маев И.В., Майстренко Н.А., Осипенко М.Ф., Прудков М.И., Симаненков В.И., Солоницин Е.Г., Федоров А.В., Федоров Е.Д., Хлынов И.Б., Чикунова М.В., Шабунин А.В., Шаповальянц С.Г., Шептулин А.А., Шифрин О.С. Клинические рекомендации Российского общества хирургов, Российской гастроэнтерологической ассоциации, Ассоциации хирургов-гепатологов и Эндоскопического общества «РЭндО» по диагностике и лечению хронического панкреатита. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2022;32(2):99–156. https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-2-99-156
5. Лоранская И.Д., Мулухова Э.В. Проблема цивилизации – хронический панкреатит алкогольной этиологии // Фарматека. – 2013. – №6. – С. 78-81.
6. Охлобыстин А.В., Нямаа Б. Эффективность микрокапсулированных ферментов, покрытых энтеросолюбильной оболочкой, при хроническом панкреатите // Фарматека. – 2008. – №13. – С. 80-84.
7. Успенский Ю.П. Балукова Е.В., Барышникова Н.В., Фоминых Ю.А. Многоликий панкреатит: как помочь больному // Врач. – 2015. – № 12. – С. 46-50.
8. Desai N., Kaura T., Singh M., Willingham F.F., Rana S., Chawla S. Epidemiology and Characteristics of Chronic Pancreatitis—Do the East and West Meet? Gastro Hep Advances. 2022; 6 (1): 942-949. https://doi.org/10.1016/j.gastha.2022.07.01
9. Drewes AM, van Veldhuisen CL, Bellin MD, Besselink MG, Bouwense SA, Olesen SS, van Santvoort H, Vase L, Windsor JA. Assessment of pain associated with chronic pancreatitis: An international consensus guideline. Pancreatology. 2021 Oct;21(7):1256-1284. doi: 10.1016/j.pan.2021.07.004. Epub 2021 Jul 24. PMID: 34391675.
10. Freedman S. D., Adler D. G., Grover S. Chronic pancreatitis: Clinical manifestations and diagnosis in adults. 2023; Available at: https://medilib.ir/uptodate/show/5649 (accessed 20.11.2023).
11. Gardner, Timothy B. MD, MS, FACG1; Adler, Douglas G. MD, FACG2; Forsmark, Chris E. MD, FACG3; Sauer, Bryan G. MD, MSc (Clin Res), FACG (GRADE Methodologist)4; Taylor, Jason R. MD5; Whitcomb, David C. MD, PhD, FACG6. ACG Clinical Guideline: Chronic Pancreatitis. The American Journal of Gastroenterology 115(3):p 322-339, March 2020. | DOI: 10.14309/ajg.0000000000000535
12. Ghodeif A.O., Azer S.A. Pancreatic Insufficiency. 2023. In: StatPearls [Internet]. Treasure Island (FL): StatPearls Publishing; 2023 Jan–. PMID: 32310386.

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)

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **«Гастроэнтерология»**

ординатура по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Гастроэнтерология» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой «27» ноября 2023 г., протокол №11.

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 ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ ПО РАЗРАБОТКЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ
4	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
4.1	Методические рекомендации для обучающихся при освоении дисциплины Гастроэнтерология
4.2	Методические рекомендации по самостоятельной работе
4.3	Учебное пособие «ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ»

1. 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), теснуюувязку 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 бытькратким 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.

Организующая 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 иобзорная.

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 настимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). Вконце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает втечение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы— ответы—дискуссия», является трояким 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 болеераспространена 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.

2. 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 обучающийся.

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 наимеющиеся 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.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ДИСЦИПЛИНЫ ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ 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 информации, 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 гастроэнтерологии 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 органов пищеварительной системы, 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 Гастроэнтерология.

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.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

4.1 Методические рекомендации для обучающихся при освоении дисциплины Гастроэнтерология

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 информации 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 чтения, 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, выступать 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.

4.2 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. Прочесть 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 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 «∅» 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 (х) в качестве знака умножения ставиться:

–при указании размеров: 4,5х3 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:

$$W=wgkc, \qquad (1)$$

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.

Приложение

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 31.08.28 Гастроэнтерология
направленность Гастроэнтерология
Научный руководитель:
_____
(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Санкт-Петербург
2023

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.

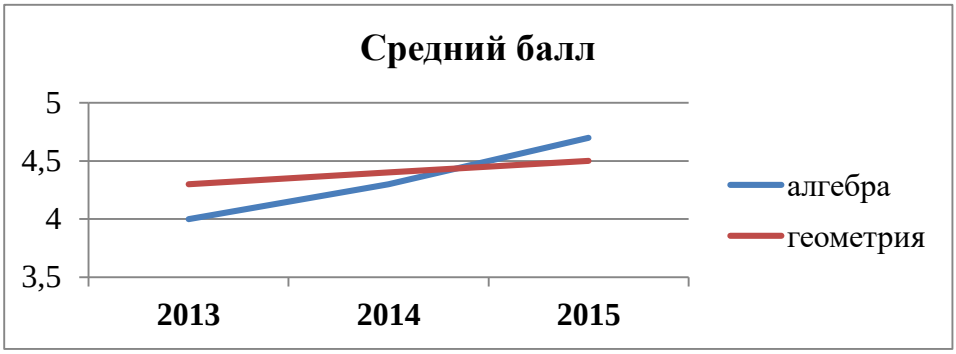


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

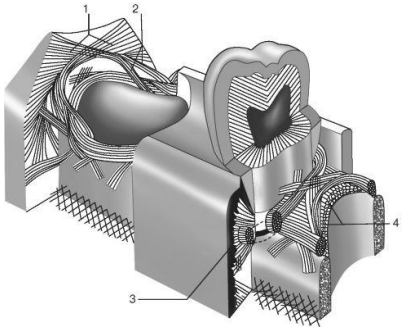


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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.

4.3 Учебное пособие
ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ, МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ НАРУШЕНИЯ И ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

ОПРЕДЕЛЕНИЕ

Желчнокаменная болезнь (ЖКБ) – многофакторное и многостадийное заболевание гепатобилиарной системы, характеризующееся определенной клинической картиной, нарушением обмена холестерина и/или билирубина с образованием конкрементов в желчном пузыре и/или в желчных протоках.

ЭПИДЕМИОЛОГИЯ

ЖКБ характеризуется высокой распространенностью в странах с западным стилем жизни (Европа, Северная Америка, Россия), где данное заболевание регистрируют с частотой 10-15%. В Африке, странах Азии и Японии, напротив, распространенность ЖКБ составляет 3,5-5%. Эпидемиологические данные свидетельствуют в пользу устойчивого роста заболеваемости ЖКБ в мире, существуют прогнозы, что при сохранении современных темпов роста данной патологией к 2050 году могут страдать до 20% населения планеты. ЖКБ является одним из наиболее распространенных заболеваний пищеварительной системы и ложится серьезным бременем на систему здравоохранения развитых стран. Важным аспектом данной патологии является и то, что в последние десятилетия отмечается увеличение частоты развития ЖКБ у детей и подростков, уже не считается казуистикой выявление холелитиаза в детском возрасте с частотой около 5%, наиболее вероятной причиной этого явления считают рост распространенности избыточной массы тела среди данной категории населения.

Несмотря на существенное развитие подходов к профилактике и лечению ЖКБ, нетрудоспособность, инвалидизация населения и даже летальность по причине осложнений ЖКБ по настоящее время сохраняют свою социальную и экономическую значимость, поэтому качественное и эффективное лечение пациентов с ЖКБ по-прежнему остается важной задачей современной медицины, хотя еще в течение XX века имело место качественное изменение подходов к лечению данного заболевания.

КЛАССИФИКАЦИЯ

Течение ЖКБ предполагает следующие стадии заболевания, являющиеся основной классификации:

I стадия ЖКБ – начальная, или предкаменная:

1) густая неоднородная желчь;

2) формирование билиарного сладжа:

-с наличием микролитов,

-с наличием замазкообразной желчи,

-сочетание замазкообразной желчи с микролитами.

II стадия – формирование желчных камней.

По локализации:

- в желчном пузыре,
- в общем желчном протоке,
- в печеночных протоках.

По количеству камней:

- одиночные,
- множественные

По составу:

- холестериновые,
- пигментные,
- смешанные

По клиническому течению:

- латентного (бессимптомного) течения,
- с наличием клинических симптомов:
  1) болевая форма с желчными коликами,
  2) диспепсическая форма,
  3) под маской других заболеваний.

III стадия – хронический рецидивирующий калькулезный холецистит.

IV стадия – осложнения.

ПАТОГЕНЕЗ И ФАКТОРЫ РИСКА

Образование конкрементов в желчном пузыре при ЖКБ является динамическим процессом – камни могут появляться, исчезать и вновь появляться, что подтверждается соответствующими клиническими наблюдениями. Ключевой причиной образования конкрементов является избыточная концентрация желчи. Как известно, желчь представляет собой сложную коллоидную систему, состоящую на 80% из воды, на 6% – из неорганических и на 14% – из органических компонентов. В сухом остатке желчи на долю холестерина приходится около 4%, фосфолипидов – 22%, пигментов – 0,3-0,5%, белков – 4-5%, желчных кислот – 67%. В желчи человека в основном содержатся холевая, дезоксихолевая и хенодезоксихолевая (ХДХК) кислоты, в небольшом количестве содержатся литохолевая кислота, а также аллохолевая и урсодезоксихолевая (УДХК) кислоты, являющиеся стереоизомерами холевой и ХДХК.

Различают камни двух основных видов — холестериновые и пигментные.

В холестериновых конкрементах содержание холестерина составляет 50% и более. В состав этих камней входят также желчные пигменты и соли кальция, их матрикс состоит из гликопротеинов слизи. Непосредственно холестериновые камни (содержание холестерина 90%) – обычно более крупные, единичные, желтовато-белые, на их поверхности может образоваться кальциевая раковина. Необходимыми условиями формирования холестериновых конкрементов являются перенасыщение желчи холестерином, нуклеация кристаллов моногидрата холестерина и снижение моторики желчного пузыря. Согласно современным представлениям, первой ступенью образования холестериновых камней является билиарный сладж. Холестерин, как один из основных компонентов желчи, в водной фазе находится во взвешенном состоянии — в виде смешанных мицелл или пузырьков, включающих холестерин, фосфолипиды, желчные кислоты. В условиях относительного избытка холестерина («литогенная желчь») образуются нестабильные, обогащенные холестерином пузырьки, которые сливаются в более крупные многопластинчатые структуры – преципитаты кристаллов.

В пигментных конкрементах, напротив, содержание холестерина составляет менее 20%, камни состоят преимущественно из кальция билирубината, полимероподобных комплексов кальция и гликопротеинов слизи. Различают два подтипа пигментных камней:

- Черные пигментные конкременты, состоящие преимущественно из кальция билирубината. Они обычно множественные, легко крошащиеся, размером менее 5 мм, рентгенопозитивные в 50-75% случаев. Образование данного типа пигментных конкрементов наиболее характерно для гемолиза и цирроза печени.
- Коричневые пигментные конкременты, состоящие из кальциевых солей неконъюгированного билирубина, муциновых гликопротеинов, холестерина, пальмитата и стеарата кальция, мягкие, слоистые, рентгенонегативные. Образование коричневых камней свойственно хроническому воспалительному

процессу во внутри- и внепеченочных желчных путях. В ядре камня могут быть обнаружены включения бактериальных компонентов, что указывает на возможную связь образования этих камней с инфекцией.

Существуют гипотезы, согласно которым, некоторые проявления ЖКБ носят иммунологический характер и могут рассматриваться как холангиопатии иммунной этиологии. При данном подходе камнеобразование может трактоваться как нормальная защитная реакция организма в ответ на инфицирование желчных путей, направленная на разрушение питательной базы для колоний экзогенов, а также на предотвращение распространения инфекции вверх по желчным путям и инфицирования интрапеченочных желчных протоков. Отмечается и особое значение билиарной микробиоты как фактора развития, так и предотвращения холангиопатий различной этиологии.

Способствовать появлению конкрементов в желчном пузыре может изменение образа жизни, питания, прием лекарственных препаратов, неблагоприятные факторы среды, изменения кишечного микробиома и много другое.

Факторы риска развития ЖКБ изучены достаточно подробно, к их числу относятся следующие:

1. Возраст старше 40 лет: для лиц в возрасте от 40 до 69 лет риск развития ЖКБ в 4 раза выше, чем для лиц более молодого возраста. В странах с западным стилем жизни частота выявления ЖКБ в пожилом возрасте достигает 30%, при этом максимальную частоту клинических проявлений ЖКБ регистрируют в возрасте 40-69 лет.
2. Женский пол: у женщин репродуктивного возраста риск развития ЖКБ в 4 раза выше, чем для мужчин, но гендерные различия нивелируются после наступления менопаузы. Более высокий риск развития ЖКБ у женщин объясняется действием половых гормонов, беременностями и приемом пероральных контрацептивных препаратов: эстрогены повышают секрецию холестерина и уменьшают секрецию желчных кислот, что ведет к кристаллизации холестерина, а прогестерон способствует застою желчи, уменьшая сократительную способность желчного пузыря. В возрастной группе 30-39 лет соотношение риска развития ЖКБ у женщин и мужчин составляет 2,9:1, в возрасте 40-49 лет – 1,6:1, в возрасте 50-59 лет – 1,2:1. Риск развития ЖКБ также повышается на фоне беременности, особенно при повторных беременностях (вероятность камнеобразования увеличивается в
10-11 раз).
3. Отягощенная наследственность по ЖКБ (риск повышен в 4-5 раз) и определенная этническая принадлежность: некоторые расы имеют больший риск развития ЖКБ (например, коренное американское население).
4. Быстрое снижение массы тела: формирование конкрементов происходит за счет стаза желчи на фоне повышенной секреции холестерина в желчь вследствие активации липолиза на фоне сниженного потребления калорий. Особенно актуальна данная проблема для пациентов после бариатрических хирургических операций (вероятность развития ЖКБ более 30%).
5. Хронические гемолитические заболевания: в данном случае происходит формирование конкрементов из билирубината кальция за счет повышенной секреции билирубина в желчь при гемолизе.
6. Ожирение: в желчи повышается количество холестерина по отношению к желчным кислотам и фосфолипидам, что приводит к кристаллизации холестерина и формированию конкрементов. Дополнительным фактором развития ЖКБ у данной категории пациентов является повышение синтеза холестерина в организме в целом. Образование конкрементов также косвенно связывают с инсулинорезистентностью и застоем желчи.

Из числа вышеперечисленных факторов риска ЖКБ именно ожирение заслуживает отдельного рассмотрения, так как оно является предтечей развития не только ЖКБ, но и

сахарного диабета, артериальной гипертензии, сердечно-сосудистой патологии и ряда других заболеваний.

Учитывая тот факт, что 75-80% желчных камней являются холестериновыми, закономерно, что у больных ЖКБ имеются нарушения липидного обмена. Процессы формирования литогенной желчи при дислипидемии и без нее различаются. У лиц без нарушений липидного обмена желчь перенасыщается холестерином вследствие уменьшения размера пула желчных кислот, что оказывается недостаточным для поддержания холестерина в растворенном состоянии. При нарушениях липидного обмена происходит повышение экскреции холестерина в жёлчь и выпадение в осадок кристаллов моногидрата холестерина, что создает основу для формирования билиарного сладжа и конкрементов. Формирование липопротеинового профиля сыворотки крови в свою очередь зависит от системы аполипопротеинов.

Аполипопротеины и рецепторы к ним контролируют уровень липидов плазмы и косвенно скорость синтеза холестерина в печени. Функционально важным аполипопротеином, входящим в состав всех классов липопротеидов, является аполипопротеин Е, роль которого в формировании ЖКБ не подвергается сомнению. Согласно литературным данным, при ЖКБ у взрослых в 20% случаев выявляется фенотип Е4/Е3. Аллель Е4 сопряжена с гиперхолестеринемией и предрасполагает к развитию атеросклероза. При изучении ассоциации генов-кандидатов с ЖКБ ученые продолжают выявлять гены, участвующие в гомеостазе холестерина.

У больных, страдающих ЖКБ, довольно часто выявляются определенные сдвиги в липидном спектре крови. Разные исследователи получают совершенно разные данные о связи фракций липидов сыворотки с риском развития ЖКБ. Чаще всего у этих пациентов выявляют повышение уровня общего холестерина, триглицеридов, липопротеидов низкой плотности, снижение уровня липопротеидов высокой плотности.

В настоящее время продолжается дискуссия о роли разных желчных кислот в патогенезе ЖКБ. Некоторые авторы сообщают о патологической роли снижения концентрации в желчи хенодезоксихолевой кислоты при холелитиазе, другие придают большее значение уменьшению содержания холевой кислоты, третьи подчеркивают роль увеличения уровня дезоксихолевой кислоты или отрицают ее значение для литогенеза. В настоящее время исследовательских данных об уровнях желчных кислот в сыворотке крови при хронической форме холецистита недостаточно, поскольку основная масса имеющихся работ ориентирована на острое течение данного заболевания.

КЛИНИЧЕСКАЯ КАРТИНА

Следует отметить, что у большинства пациентов ЖКБ протекает бессимптомно, симптоматика развивается только в 13-22% наблюдений.

Клинические проявления возникают при развитии воспаления или обструкции желчных путей вследствие миграции камней в область шейки желчного пузыря, пузырный или общий жёлчный проток.

Типичным проявлением ЖКБ является желчная колика, которую описывают как сильный болевой синдром с локализацией болей в верхних отделах живота, продолжающийся от получаса до двух часов, причем боль изменяется при перемене положения тела и или отхождения стула и газов. Причиной развития колики служит вклинение камня в шейку желчного пузыря или его попадание в пузырный проток либо общий желчный проток, причем обструкция и рефлекторный спазм вызывают повышение внутрипросветного давления и появление висцеральной боли.

Клиническая картина в большей степени соответствует билиарному генезу болевого синдрома если симптоматика появляется через час и более после приема пищи, а также поздним вечером или ночью. При этом если у пациентов появился такой приступ, в течение последующих 2-х лет он может повториться в 69% случаев.

Боль как правило локализуется в эпигастральной области и правом подреберье, может возникать и в ночное время, иррадиировать под правую лопатку, в межлопаточное пространство, область на уровне нижних грудных позвонков, правое плечо и шею справа. Боль часто сопровождается тошнотой, рвотой, не приносящей облегчения, и вегетативными расстройствами (тахи- или брадикардия, изменения артериального давления), явлениями пареза кишечника или позывами на дефекацию, повышением температуры тела до субфебрильных значений. Приступ болей разрешается при введении спазмолитиков или самопроизвольно. В случае, если приступ билиарной колики продолжается более 6 часов, следует заподозрить развитие острого холецистита. Присоединение лихорадки с ознобом после приступа колики, как правило, свидетельствует в пользу развития осложнений – острого холецистита, острого панкреатита, холангита.

ДИАГНОСТИКА

Несмотря на то, что более чем у 80% пациентов с ЖКБ клинические проявления могут так и не появиться в течение всей жизни, и конкременты в желчном пузыре обнаруживаются случайно при использовании визуализирующих методов исследования (УЗИ, компьютерная томография), проводимых по другим причинам, клинические проявления заболевания и его осложнения могут значительно снижать качество жизни пациента и требовать активных врачебных действий.

При наличии типичной билиарной боли необходимо безотлагательно провести ультразвуковое исследование (УЗИ) органов брюшной полости

Предварительный диагноз ЖКБ основывается на данных анамнеза, результатах опроса и осмотра, выявлении типичных факторов риска развития заболевания.

В основе диагностики ЖКБ лежит использование УЗИ брюшной полости, которое в отношении обнаружения конкрементов в желчном пузыре имеет чувствительность 84-89% и специфичность 99%. Для обнаружения конкрементов в общем желчном протоке используются эндоскопическое УЗИ (чувствительность – 89-94%, специфичность – 94-95%), магнитнорезонансная холангиопанкреатография (чувствительность – 85-92%, специфичность – 93-97%) и эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография (чувствительность – 89-93%, специфичность – 100%).

В план обследования больного ЖКБ входят также биохимические пробы печени, панкреатические ферменты крови, мочи, кала. Важное место занимает эзофагогастродуоденоскопия с обязательным осмотром большого дуоденального сосочка.

К вспомогательным методам диагностики относятся: обзорная рентгенография брюшной полости, холецистография с пероральным контрастированием, гепатобилисцинтиграфия с 99mTc меченными иминодиуксусными кислотами, микроскопия желчи.

ОСЛОЖНЕНИЯ

Серьезную угрозу представляют осложнения ЖКБ, которые развиваются у 1-3% пациентов с ЖКБ в год. К их числу относятся:

- острый и хронический холецистит;
- обтурационный холедохолитиаз;
- обтурационный папиллолитиаз;
- стеноз большого дуоденального сосочка;
- холангит;
- холангиогенный гепатит;
- панкреатит;
- панкреонекроз;

- механическая желтуха;
- пузырно-дигестивные свищи;
- билио-билиарные свищи;
- эмпиема желчного пузыря;
- перфорация желчного пузыря;
- рак желчного пузыря.

Характеристика наиболее часто встречающихся осложнений ЖКБ представлена в Таблице 1.

Таблица 1

Наиболее часто встречающиеся осложнения ЖКБ

Осложнение	Встречаемость	Клинические проявления и особенности диагностики
Острый холецистит	Около 10% случаев среди пациентов с ЖКБ с клинической	Боли в правом верхнем квадранте живота, сопровождающиеся анорексией, тошнотой и рвотой, лихорадкой, лейкоцитозом, повышением уровня Среактивного белка.
	симптоматикой	Положительный симптом Мерфи для диагностики острого холецистита имеет специфичность 79-96%. Типичными сонографическими проявления острого холецистита являются увеличение размеров желчного пузыря, утолщение его стенки, наличие жидкости вокруг желчного пузыря
Холедохолитиаз	3,4-12% пациентов с ЖКБ	Желтуха, кожный зуд, боли в верхнем правом квадранте живота, тошнота и рвота, которые, как правило, сопровождаются повышением в крови уровня билирубина, аспрататаминотрансферазы, аланинаминотрансферазы и щелочной фосфатазы. УЗИ в отношении обнаружения конкрементов общего желчного протока имеет достаточно низкую чувствительность (22-55%), но имеет относительно высокую чувствительность (77-87%) в отношении обнаружения расширения общего желчного протока – вторичного проявления холедохолитиаза
Холангит	0,2% пациентов с конкрементами общего желчного протока (в свою очередь, они составляют 10-20% пациентов с ЖКБ с клинической симптоматикой)	Триада Шарко: боль в правом верхнем квадранте живота, лихорадка и желтуха. Триада Шарко в ряде случаев может сопровождаться нарушением сознания и симптоматикой шока (пентада Рейнольда). Характерны лейкоцитоз, повышение в крови уровня Среактивного белка, билирубина, аминотранфераз и щелочной фосфатазы
Панкреатит	4-8% пациентов с ЖКБ	Боль в верхних отделах живота, иррадиирущая в спину, повышение уровней амилазы или липазы

		как минимум в 3 раза выше верхней границы нормы. Повышение уровня аланинаминотрансферазы более 150 Ед/л имеет специфичность 97% в отношении диагностики билиарного панкреатита

ЖЕЛЧНОКАМЕННАЯ БОЛЕЗНЬ И МЕТАБОЛИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Ожирение является ключевым компонентом метаболического синдрома, а общность патофизиологических процессов, протекающих при ожирении, в рамках метаболического синдрома и при камнеобразовании в желчном пузыре, создают предпосылку для взгляда на ЖКБ как на один из кластеров метаболического синдрома.

Существует прямая патофизиологическая связь между ожирением и ЖКБ: у лиц с ожирением индекс литогенности желчи выше, чем в популяции людей с нормальной массой тела, концентрация холестерина в желчи оказывается значительно больше, чем концентрация желчных кислот и фосфолипидов, что способствует ранней кристаллизации холестерина и формированию конкрементов. В свою очередь, перенасыщение пузырной желчи холестерином стимулирует секрецию стенкой желчного пузыря муцина, который является важным компонентом формирующегося в желчном пузыре осадка, который увеличивает агрегацию микролитов. Следует также отметить, что у пациентов с ЖКБ в сочетании с метаболическим синдромом повышается сывороточная концентрация инсулина, особенно в период формирования ядер желчных конкрементов. Помимо вышеуказанного, в условиях постоянной повышенной секреции холестерина в желчь отмечается жировая инфильтрация стенки желчного пузыря, вследствие чего снижаются его концентрационная функция и сократительная активность, что также способствует застою желчи и развитию асептического воспаления в самой стенке желчного пузыря.

Холестериновый холелитиаз может быть рассмотрен как состояние, ассоциированное с метаболическим синдромом и идущее с ним «рука об руку». С одной стороны, факторами, способствующими появлению холестериновых конкрементов, являются гиперсекреция холестерина печенью, патоморфологические и патофизиологические особенности, непосредственно касающиеся желчного пузыря (стаз желчи, воспаление, кристаллизация избыточного холестерина вместе с накоплением муцина), кишечные факторы (состояние кишечной микробиоты, всасывание холестерина), а также особенности полиморфизма и экспрессии ряда генов. С другой стороны, факторы развития метаболического синдрома, такие как инсулинорезистентность, сидячий образ жизни, сахарный диабет, ожирение или, напротив, быстрое снижение массы тела, а также диета с повышенным содержание холестерина также являются факторами, способствующими развитию ЖКБ. При этом особенности эпигенетических факторов и регуляторные микроРНК регулируют сложные взаимодействия генов и окружения и также оказывают влияние на развитие инсулинорезистентности и непосредственно метаболического синдрома.

У больных, страдающих ЖКБ, довольно часто выявляются определенные сдвиги в липидном спектре крови. J. Castro et al. показали, что у больных ЖКБ уровни триглицеридов, липопротеидов очень низкой плотности, аполипопротеина В были существенно выше. Содержание триглицеридов в печени превышало норму в 3 раза и сопровождалось усилением синтеза желчных кислот. При этом активность печеночного микросомального транспортера триглицеридов (белок, ответственный за продукцию триглицеридов), синтез желчных кислот и уровень экспресии мРНК белков, регулирующих метаболизм жирных кислот в печени пациентов, превышали норму на 70%.

В масштабном европейском проспективном исследовании «Norfolk», опубликованном в 2011 г., приняли участие 25 639 мужчин и женщин в возрасте от 40 до 74 лет. В результате наблюдения за ними в течение 14-ти лет ЖКБ развилась у 296 человек.

Полученные данные исследования показали, что повышение уровня триглицеридов в сыворотке крови пациентов ассоциировалось с повышенным риском развития ЖКБ, а повышение уровня липопротеидов высокой плотности, в свою очередь – со снижением риска. При этом связи с повышением уровня общего холестерина и липопротеидов низкой плотности выявлено не было.

Патофизиологические аспекты связи метаболического синдрома и его компонентов с развитием ЖКБ нашли свое подтверждение в результатах исследований, проведенных среди населения разных странах мира. В 2005 году была опубликована одна из наиболее известных работ, касающихся пересечения метаболического синдрома и ЖКБ. В данной работе, проведенной Mendez-Sanchez N. et al., по результатам обследования 65 пациентов с ЖКБ и 180 пациентов группы контроля, не имевших конкрементов в желчном пузыре, было выявлено, что метаболический синдром встречался чаще в группе пациентов с ЖКБ, скорректированное по возрасту и полу отношение шансов (ОШ) равнялось 2,79 (95% доверительный интервал (ДИ) 1,46-5,33). При этом наличие сразу четырех компонентов метаболического синдрома увеличивало шансы наличия у пациента ЖКБ уже в 5,54 раза (95% ДИ 1,35-22,74). В дальнейшем эти результаты были подтверждены в нескольких масштабных исследовательских работах. Так, в исследовании, проведенном в Китае Chen L.Y. et al., в которое были включены 7570 участников со средним возрастом 45 лет, среди которых преобладали мужчины, частота встречаемости ЖКБ составила 12,1%, и после коррекции на возраст были подтверждены более высокие шансы развития ЖКБ при метаболическим синдроме, причем эта зависимость была более выражена у обследованных женского пола: для мужчин ОШ составило 1,29 (95% ДИ 1,09-1,52), а для женщин – 1,68 (95% ДИ 1,26-2,25). В данном исследовании также был подтвержден тренд на большую встречаемость ЖКБ при наличии сразу нескольких компонентов метаболического синдрома. Другое исследование, проведенное в Корее Chang Y. et al. с участием 19 503 мужчин без установленного ранее диагноза сахарного диабета, продемонстрировало связь индекса инсулинорезистентности HOMA-IR с развитием ЖКБ: в многомерном анализе с учетом возраста, физической активности, индекса массы тела (ИМТ), окружности живота, уровней холестерина и глюкозы в крови и статуса курения и употребления алкоголя, у мужчин с повышенным значением индекса HOMA-IR (выше 75-го перцентиля) шансы развития ЖКБ были выше в 1,14 раз (95% ДИ 1,04-1,25). Внимание заслуживает еще одно исследование, проведенное в Румынии Cojocaru C. et al., в которое были включены 449 пациентов с метаболическим синдромом, из которых ЖКБ была диагностирована у 69,5% участников. По результатам многомерного анализа было подтверждено, что наличие четырех или пяти компонентов метаболического синдрома повышало шансы развития ЖКБ в 3,3 раза (при этом наличие только лишь инсулинорезистентности повышало шансы развития ЖКБ в 2,1 раза).

С другой стороны, метаболический синдром является не только фактором развития ЖКБ, но и предиктором неблагоприятного течения данного заболевания. Так, в проведенном в Турции Ata N. et al. исследовании, в которое вошли 217 пациентов, из числа которых у 53% имело место осложненное течение ЖКБ, в результате многомерного анализа было выяснено, что наличие метаболического синдрома является независимым предиктором осложненного течения ЖКБ (ОШ 1,43 (95% ДИ 1,22-1,85)), наряду с наличием сахарного диабета (ОШ 1,49 (95% ДИ 1,261,95)) и наличием в желчном пузыре конкрементов размером более 2,5 см (ОШ 1,15 (95% ДИ 1,03-1,71)). В данном исследовании в многомерном анализе коррекция проводилась на окружность живота, ИМТ, возраст пациентов, значение индекса HOMA-IR. Исследователями было выдвинуто предположение, что наличие метаболического синдрома может рассматриваться как одно из показаний для проведения профилактической холецистэктомии.

Опубликованы отдельные исследования, изучающие иммунный статус больных ЖКБ, ассоциированной с метаболическим синдромом. Особое значение при этом

придается роли интерлейкина-6, матриксной металлопротеиназы-9 и тканевого ингибитора матриксной металлопротеиназы-1 у данной категории больных.

ХИРУРГИЧЕСКОЕ ЛЕЧЕНИЕ

В настоящее время наиболее эффективной признается хирургическая тактика лечения пациентов с ЖКБ, и выполнение холецистэктомии является стандартной принятой мировым сообществом практикой. Низкая частота осложнений и благоприятные результаты вмешательства в ближайшем и отдаленном послеоперационном периоде, а также совершенствование хирургических технологий в течение 90-х гг. XX века стали причиной широкого внедрения лапароскопической холецистэктомии в рутинную хирургическую практику. При этом лапароскопическое удаление желчного пузыря рассматривается как относительно безопасная процедура, с минимальным влиянием на метаболические процессы, обмен желчных кислот, которых пул остается неизменным, и переваривание жиров.

В контексте исторической перспективы, в XIX-XX веках наличие конкретного и понятного морфологического субстрата заболевания определило хирургический подход к лечению заболевания, и в течение этого исторического периода начали широко применяться традиционные хирургические вмешательства с помощью лапаротомного доступа. Исторически сложилось так, что операции на органах брюшной полости выполнялись через разрез большого размера, так как этот вариант доступа был единственным вариантом достаточной визуализации операционного поля. Первая традиционная холецистэктомия была выполнена в 1882 году немецким хирургом Карлом Лангенбухом, который сформулировал постулат: «желчный пузырь должен быть удален не потому, что он содержит камни, а потому, что он их продуцирует». В России холецистэктомия впервые была проведена Ю.Ф. Косинским в 1889 году, но травматичность операции с помощью лапаротомного доступа негативно сказывалась на результатах лечения пациентов, и в 1901 году Д.О. Отт впервые предложил новый способ доступа в брюшную полость через кольпотомическое отверстие. Неудовлетворительные результаты лечения были во многом связаны с тем, что открытая операция всегда имела ряд недостатков, в том числе уровень выраженности послеоперационной боли, возможное инфицирование раны, образование послеоперационной грыжи и длительный срок восстановления и пребывания пациента в лечебном учреждении.

Начало новой эпохи в развитии хирургии желчного пузыря было положено в 1985 году, когда E. Muche выполнил первую лапароскопическую холецистэктомию, качественно изменив подход к хирургическому удалению желчного пузыря. В 1987 г. P. Mouret при проведении лапароскопической холецистэктомии стал использовать не только многопортовый доступ, но и видеомонитор. В дальнейшем, к началу 90-х гг. XX века, лапароскопическая холецистэктомия уже получила широкое распространение и в течение 90-х гг. XX века заменила открытое вмешательство и стала стандартом хирургического лечения больных ЖКБ. Изучению преимуществ лапароскопической холецистэктомии по сравнению с открытыми операциями было посвящено много работ, в результате которых было доказано, что мультипортовые холецистэктомии имели меньший уровень послеоперационной боли, более короткий реабилитационный период и лучшие эстетические результаты. Дальнейшие исследования сосредоточились на минимизации лапароскопического доступа, поскольку, теоретически, чем меньше на передней брюшной стенке будет проведено проколов, тем меньше должен быть уровень послеоперационной боли и тем лучше должен быть эстетический результат.

Лапароскопический доступ в хирургии ЖКБ наглядно демонстрирует эволюцию подхода к лечению данного заболевания и, его связь с развитием малоинвазивных технологий. Накопленный опыт лапароскопических вмешательств показал целый ряд их существенных преимуществ: снижение травматичности операции, снижение количества

послеоперационных осложнений, в том числе гнойно-септических, уменьшение сроков восстановления пациента после операции и более приемлемый косметический эффект. Стремительное развитие лапароскопических технологий, начавшееся в конце XX века и обусловленное научнотехническим прогрессом, по влиянию на хирургическую науку можно рассматривать в одном ряду с такими фундаментальными открытиями, как внедрение принципов асептики и антисептики, применение наркоза, открытие антибиотиков. Вместе с тем, разработка все более наукоемких технологий в малоинвазивной хирургии создает необходимость решения вопросов о том, насколько эти технологии безопасны для пациента и насколько они просты в освоении для хирурга, то есть насколько возможна ли быстрая и качественная трансляция их в повседневную практику. Данные вопросы соответствуют ключевому положению широко обсуждаемой в последние годы трансляционной медицины – быстрое и эффективное внедрение в рутинную практику новых научных разработок. На современном этапе развития лапароскопической хирургии определяются три направления техники выполнения операций: уменьшение диаметра троакаров и манипуляторов (минилапароскопия), уменьшение количества разрезов, через которые осуществляется оперативное вмешательство и использование для осуществления технологии естественных доступов. Развитие эстетического направления в хирургии было направлено на уменьшение протяженности лапаротомного разреза и развитие минилапароскопии, что привело к стремлению выполнять некоторые операции без видимых разрезов, то есть к реализации подхода к «хирургии через естественные отверстия» – технологии, которая развивается хирургами высокого уровня. Но, проблемой развития данного подхода была и остается высокая техническая сложность вмешательства для хирургов в рутинной практике.

В последнее десятилетие одним из направления развития минимально инвазивной хирургия стала методика единого лапароскопического доступа, или, как ее называют за рубежом, однопортовой хирургии (LESS, SILS и т.д.). Для правильного учета и регистрации российского опыта в данной области в России Резолюцией XIII съезда РОХ в 2009 г. был утвержден общий термин «единый лапароскопический доступ», рекомендованный для использования в российской научной литературе. Но, на пути развития данного подхода возникли новые препятствия, к числу которым относятся отсутствие разработанной унифицированной методики доступа, недостаточная визуализация и нехватка специальных инструментов. Хирургия единого доступа рассматривается как метод с потенциально лучшим эстетическим эффектом без радикального изменения стандартной практики. Данная концепция развивалась одновременно с разработкой новых инструментов для «хирургии через естественные отверстия» и растущей осведомленностью пациентов о «хирургии без рубцов». В 2013 г. были опубликованы результаты мета-анализа, направленного на сравнение результатов применения единого лапароскопического доступа и стандартной мультипортовой лапароскопической холецистэктомии, в который были включены 25 рандомизированных контролируемых исследования с участием 1841 пациента, из числа которых хирургический подход через единый доступ был реализован у 944 человек, а мультипортовая лапароскопическая холецистэктомия – у 897 участников. В результате мета-анализа единый лапароскопический доступ продемонстрировал лучший косметический эффект, и меньшую выраженность послеоперационного болевого синдрома, хотя продолжительность операции при выполнении мультипортовой холецистэктомии была меньшей. При этом статистически значимых различий между двумя сравниваемыми подходами, в отношении частоты развития послеоперационных осложнений (желчеистечения, кровотечения, повреждения протоков, холедохолитиаза, развития инфекции, развитие послеоперационной грыжи), получено не было, как и в отношении частоты переходов к открытому оперативному вмешательству.

В настоящее время выполнение холецистэктомии по методике единого лапароскопического доступа в мировой практике в достаточной мере отработано у

пациентов с неосложненным течением доброкачественных заболеваний желчного пузыря. Но, многие вопросы использования более совершенных лапароскопических методик холецистэктомии продолжают находиться в фокусе внимания практикующих хирургов и исследователей.

Отдельно следует рассматривать тактику лечения ЖКБ, осложненной холедохолитиазом, которую нельзя назвать однозначно определенной, даже несмотря на развитие диагностических методов и технологий оперативных вмешательств, наблюдающихся в течение последних десятилетий. Результаты изучения литературы последних лет свидетельствуют о принципиально различных подходах к хирургическому решению этой проблемы: одни авторы отдают предпочтение ретроградным эндоскопическим транспаппилярным вмешательствам, направленным на рассечение большого сосочка двенадцатиперстной кишки с выполнением эндоскопической папиллосфинктеротомии, эндоскопической ретроградной панкреатохолангиографии (ЭРПХГ), литотрипсии, эндопротезирования, назобилиарного дренирования и других методов с последующим выполнением холецистэктомии. Другие авторы предлагают способ, при котором вмешательство на общем желчном протоке и холецистэктомия выполняются во время операции, проводимой малотравматичным доступом – лапароскопическим или минилапаротомным.

МЕТОДЫ ЛЕЧЕНИЯ, АЛЬТЕРНАТИВНЫЕ ХИРУРГИЧЕСКОМУ ПОДХОДУ

Несмотря на то, что хирургический подход в лечении ЖКБ закономерно является основным, альтернативные методы ведения пациентов не утрачивают своей значимости. К таким способам лечения пациентов с ЖКБ относятся метод контактного химического литолиза, чрескожная ударно-волновая литотрипсия (экстракорпоральная ударно-волновая литотрипсия) и консервативная литолитическая терапия с использованием препаратов урсодезоксихолевой кислоты (УДХК).

Метод контактного химического литолиза конкрементов желчного пузыря основан на чрескожном, чреспеченочном введении в желчный пузырь метил трет-бутилового эфира. В мировой гастроэнтерологической практике данный метод используется с 1981 года. В России, хотя данный метод не применяется в рутинной практике, также имеется успешный опыт проведения такого вмешательства. Для проведения контактного химического литолиза, под ультразвуковым контролем, пациентам проводилась чрескожная чреспеченочная микрохолецистостомия по методу Сельдингера с использованием струн-проводников. Процесс литолиза холестериновых желчных камней осуществлялся на следующий день после установки микрохолецистостомы. Выявленная высокая эффективность малоинвазивного контактного химического литолиза при ЖКБ и, достаточно благоприятные результаты отдаленного лечения позволили исследователям рекомендовать его к широкому применению в клинической практике с обязательным регулярным профилактическим приемом препаратов УДХК. Одним из ограничений использования данного метода является тот факт, что метил-трет-бутиловый эфир не имеет регистрации в качестве лекарственного препарата ни в России, ни за рубежом.

В отличие от контактного химического литолиза, чрескожная ударноволновая литотрипсия является неинвазивным методом, при котором разрушение конкрементов проводится путем локального проведения электрогидравлических, электромагнитных или пьезоэлектрических волн с высокой энергией. Дробление начинается с минимального уровня энергии, который поэтапно повышается до величины, при которой происходит разрушение камня. Считается, что этот метод лечения, с учетом показаний и противопоказаний, может быть применен у 11,5-20,0% пациентов, обратившихся за врачебной помощью по поводу ЖКБ. Данный метод применим при наличии в желчном пузыре не более 3-х конкрементов «всплывающего» типа общим диаметром менее 30 мм и при условии сохранения сократительной функции желчного пузыря.

При рассмотрении вопроса о консервативном подходе к лечению пациентов с ЖКБ, следует отметить, что базисными в лечении и профилактике ЖКБ в настоящее время являются препараты УДХК. Она была обнаружена в желчи бурого медведя, и на протяжении многих веков применялась в качестве лечебного агента в традиционной китайской и японской медицине. В 1954 г. T. Kanasawa описал метод синтеза УДХК. В 1975 г. японские исследователи описали действие УДХК на желчь – десатурацию желчи и растворение мелких холестериновых камней, что положило начало применению данной субстанции в лечении пациентов с ЖКБ.

УДХК снижает насыщение желчи холестерином и, по-видимому, создает ламеллярную жидкокристаллическую фазу, которая экстрагирует холестерин из конкрементов. Доза УДХК при лечении больных с ЖКБ составляет 10-15 мг на 1 кг массы тела в день, курс лечения является длительным и проводится под контролем УЗИ каждые 3-6 мес. (отсутствие признаков уменьшения количества и размеров камней через 6 мес. лечения свидетельствует о неэффективности терапии).

Одним из основных критериев, определяющих успех пероральной литолитической терапии препаратами УДХК, является тщательный отбор пациентов, учитывающий ряд клинических показаний и ультразвуковых характеристик самих конкрементов. Клиническая эффективность терапии УДХК отмечена при наличии клинически манифестных (нечастые приступы билиарной боли) рентгенонегативных конкрементов размером менее 15 мм при условии сохранения функции желчного пузыря (заполненность конкрементами не более чем на треть). Наибольшая частота растворения
(более 70%) достигалась у пациентов с флотирующими рентгенонегативными камнями размером менее 5 мм: в течение 3 мес. приема УДХК удается достичь уменьшения выраженности билиарной боли более чем у половины из них, и при приеме УДХК в дозе 10 мг/кг в день в течение 1 года растворение камней наблюдается примерно у 60% пациентов.

Если рассматривать совокупную эффективность чрескожной ударноволновой литотрипсия и пероральной литолитической терапии, как альтернативы хирургическому лечению, следует отметить, что даже при тщательном отборе пациентов частота излечения составляет 27% после применения препаратов УДХК и, 55% после проведения чрескожной ударноволновой литотрипсии. За 4 года после данных процедур частота рецидивов ЖКБ составляет более чем 40%.

Рассматривая вопросы использования препаратов УДХК в лечении и профилактике ЖКБ, нельзя не остановиться на понятии «билиарного сладжа», которое впервые появилось в 70-х гг. К билиарному сладжу относят любую неоднородность желчи, выявляемую при УЗИ желчного пузыря – взвешенный остаток мелких частиц, расслоение желчи с образованием горизонтального уровня, сгустки эхогенной желчи, смещаемые или фиксированные к стенке желчного пузыря. В основе патогенетических процессов, приводящих к появлению билиарного сладжа, находится перенасыщение желчи холестерином, гипотония желчного пузыря, гипертонус сфинктера Одди, и нарушение энтерогепатической циркуляции желчных кислот. Несмотря на то, что самостоятельной клинической картины билиарный сладж как таковой не имеет, согласно данным литературы, «необъяснимые» боли в правом подреберье у 83% больных с болями билиарного характера могут быть вызваны именно микрокристаллами в желчи. Данные боли обусловлены спазмом гладкой мускулатуры желчевыводящих путей за счет раздражения рецепторов слизистой оболочки при миграции билиарного сладжа, причем она происходит чаще, чем миграция конкрементов при холецистолитиазе, в связи с более легким прохождением микролитов по билиарному тракту. У пациентов также могут отмечаться симптомы билиарной диспепсии, тяжесть в эпигастральной области после приема пищи, тошнота, горечь во рту, обусловленные билиарной недостаточностью. Использование препаратов УДХК в качестве базисной терапии в дозировке 10-15 мг/кг массы тела однократно на ночь, причем курс лечения зависит от формы сладжа: если он

визуализируется в виде взвеси гиперэхогенных частиц обычно бывает достаточно месячного курса лечения, в то время как при других формах необходим более длительный курс лечения, тем не менее, как правило, по продолжительности не превышающий 3-х месяцев. Эффективность терапии УДХК при длительности лечения до 3-х месяцев в зависимости от вида билиарного сладжа варьирует в передах 75-85%, и при необходимости терапию продолжают до полной элиминации сладжа из желчного пузыря. В данном случае использование УДХК может предотвратить формирование конкрементов и, соответственно, позволит избежать в дальнейшем оперативного вмешательства с его возможными последствиями.

В настоящее время имеются все основания смотреть на препараты УДХК шире, чем просто как на лекарственное средство для предупреждения развития конкрементов на фоне билиарного сладжа и, для растворения холестериновых камней у ограниченного числа подходящих для такого лечения пациентов с ЖКБ. УДХК – единственный лекарственный агент, действие которого, помимо ЖКБ, направлено на патогенез сразу нескольких основных компонентов метаболического синдрома – стеатогепатита, ожирения и инсулинорезистентности. УДХК активно используется как гепатопротекторный препарат, обладающий также антиоксидантным, противовоспалительным, гиполипидемическим действием. УДХК снижает синтез противовоспалительных цитокинов, таких как интерлейкин-6 и фактор некроза опухоли α, которые способствуют развитию инсулинорезистентности. С учетом того, что, по данным исследований, частота гиперхолестеринемии при холестеринассоциированной патологии билиарного тракта (билиарный сладж, холецистолитиаз и холестероз желчного пузыря), составляет 52-64%, и, учитывая тот факт, что большинство пациентов при холестеринассоциированной патологии билиарного тракта имеют умеренную степень гиперхолестеринемии, даже монотерапия препаратами УДХК может быть достаточной для снижения исходно повышенного уровня общего холестерина в крови, что опосредованно может снизить кардиоваскулярные риски для пациента.

Рассматривая и сравнивая эффективность различных подходов к лечению пациентов с ЖКБ, следует отметить, что удаление желчного пузыря не позволяет однозначно решить имеющуюся проблему конкрементов в желчном пузыре, так как проведение холецистэктомии как таковой не компенсирует сложных патофизиологических нарушений, лежащих в основе ЖКБ, – дисхолии, билиарной недостаточности и дисфункции сфинктерного аппарата желчевыводящих путей. После выполнения операции патологические процессы, характерные для данного заболевания, протекают в новых анатомо-физиологических условиях, характеризующихся выпадением физиологической роли желчного пузыря, нарушением работы сфинктерного аппарата билиарного тракта, расстройством нейрогуморальной регуляции желчевыделительной функций печени.

ПОСТХОЛЕЦИСТЭКТОМИЧЕСКИЙ СИНДРОМ

Известно, что после выполнения холецистэктомии в 5-40% случаев возникают нарушения в органах желудочно-кишечного тракта, они объединяются под названием постхолецистэктомического синдрома (ПХЭС), который за счет разнообразных клинических проявлений существенно снижает качество жизни пациентов. Особую актуальность этот вопрос приобретает в случае выполнения холецистэктомии у пациентов с минимальными клиническими проявлениями ЖКБ, когда потенциально возможна ситуация, при которой клинические проявления ЖКБ после операции могут существенно превосходить билиарные жалобы, имевшиеся до удаления желчного пузыря. Также следует учесть, что в связи с разнообразностью этиопатогенетических механизмов, лежащих в основе ПХЭС, диагностика и лечение данного синдрома являются непростой задачей, которая ложится на плечи как хирургов, так и гастроэнтерологов, и терапевтов.

Таким образом ПХЭС, как собственно и следует из его названия, представляет собой как продолжение симптоматики, вызванной патологией желчного пузыря, так и развитие новых гастроэнтерологических проявлений заболевания, так или иначе связанных с желчным пузырем. Данный термин, как правило, используется как для описания болевого синдрома, локализующегося в правом верхнем квадранте живота, сопровождающегося разнообразной гастроинтестинальной симптоматикой, подобной той, которая имела место у пациента до проведения холецистэктомии. К числу таких симптомов относится непереносимость жирной пищи, изжога, тошнота, рвота, флатуленция, диарея, а также перемежающиеся эпизоды болей в животе.

Частота развития ПХЭС по данным литературы варьируют достаточно широко – в пределах от 5% до 30% от числа пациентов, перенесших оперативное вмешательство по поводу ЖКБ. Так, проведенное в Германии Peterli R. et al. исследование с участием 268 пациентов продемонстрировало, что у 65% пациентов после операции какая-либо характерная симптоматика ПХЭС не развилась, у 28% были легкие симптомы, в то время, как только у 2% появившиеся симптомы имели высокую степень тяжести. Данное исследование также показало, что у 26% пациентов причиной развития ПХЭС были именно функциональные расстройства.

Ранее предпринимались попытки оценить предоперационный риск холецистэктомии по симптомам, но результаты были противоречивы из-за различий в методологии исследований. Несмотря на то, что предоперационная стратификация риска не существует, по результатам исследования Russello D. et al. определенные факторы повышают вероятность развития ПХЭС: риск увеличивается при проведении экстренной холецистэктомии по сравнению с плановой, также выявлено экспоненциальное увеличение риска с увеличением длительности существования симптоматики до операции в анамнезе.

Также в одном исследовании, проведенном еще в 70-х гг. XX века Freud M. et al. были выявлены возрастные и половые различия в частоте возникновения ПХЭС: у пациентов в возрасте от 20 до 29 лет частота составила 43%, в то время как в возрасте от 30 до 69 лет частота встречаемости составляла от 21 до 31%, а отношение заболеваемости среди женщин по сравнению с мужчинами составляло 1,8 : 1.

В исторической перспективе первые исследования, направленные на изучение вопросов этиологии ПХЭС, были сосредоточены на поиске анатомических причин развития данного синдрома. В дальнейшем, по мере развития технологий визуализации в медицине, были получены новые данные об этиологии ПХЭС, в результате чего было выявлено, что он включает в себя не только органические, но и функциональные расстройства. ПХЭС включает следующие группы состояний:

- заболевания и патологические состояния билиопанкреатической системы и большого дуоденального соска, не устраненные при первой операции (незамеченный камень в холедохе, не распознанный стеноз большого дуоденального соска и др.);
- заболевания и патологические состояния, непосредственно связанные с самим оперативным вмешательством (травматическая стриктура протоков, неполное удаление желчного пузыря,
  лигатурный холедохолитиаз и др.);
- заболевания гепатобилиарнопанкреатической системы, во многом связанные с ЖКБ (хронический панкреатит, хронический гепатит, гастрит и др.) и не прошедшие после холецистэктомии;
- заболевания других органов и систем, не связанные с билиарной системой (язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки, спастический колит, диафрагмальная грыжа, почечнокаменная болезнь, психостения и др.).

К ранним формам ПХЭС относят остаточные камни в пузырном протоке или общем жёлчном протоке, холангит, последствия интраоперационного повреждения жёлчных протоков и истечение жёлчи.

К отсроченной форме ПХЭС относят рецидив образования камней в протоках, стриктуру, воспаление культи пузырного протока, дискинезию сфинктера Одди, • образование невриномы и проявления заболеваний соседних органов (гастроэзофагального рефлюкса, хронического панкреатита, синдрома раздраженной кишки, дивертикулярной болезни, ишемии кишечника).

Как уже было упомянуто выше, наиболее часто пациентов беспокоят боли в эпигастральной области и правом подреберье коликоподобного или ноющего характера. Реже встречаются диспепсические явления – тошнота, горький или неприятный привкус во рту, отрыжка горьким, вздутие живота, запор или неустойчивый стул. В ряде случаев могут рецидивировать печеночные колики, желтуха, явления острого холангита и обострение хронического панкреатита.

Для исключения органической причины ПХЭС (признаков холестаза) выполняется биохимический анализ крови (билирубин, щелочная фосфатаза, гаммаглутамилтранспептидаза, панкреатическая амилаза), ультразвуковое исследование брюшной полости. При сомнительных результатах обследование дополняют динамической гепатобилисцинтиграфией и эндоскопическим обследованием двенадцатиперстной кишки с оценкой состояния большого дуоденального сосочка.

Пациентам с признаками холестаза показана ревизия билиарного дерева – ретроградное контрастирование холедоха (ЭРПХГ). Наиболее часто причиной холестаза являются холедохолитиаз (до 50%), папиллит (до 20%), парафатеральный дивертикул, стриктура холедоха и стеноз большого дуоденального сосочка.

При отсутствии органических причин развития ПХЭС уточняют природу функциональных нарушений с помощью исследования пассажа бария по желудку и двенадцатиперстной кишке при рентгенологическом исследовании, проведения периферической электрогастромиографии, эндоскопической манометрии сфинктера Одди.

Наиболее частыми находками являются спазм либо недостаточность сфинктера Одди (до 40%), дисфункция дуоденальной моторики как по гипермоторному, так и по гипомоторному типу.

Как уже было сказано выше, нарушения моторики билиарного тракта и нарушения нейрогуморальной регуляции процессов пищеварения, возникающие после холецистэктомии, могут приводить к обострению и прогрессированию ранее не диагностированных заболеваний эзофагогастродуоденальной зоны. К одним из таких заболеваний относится гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ). Важную роль в ассоциации между патологией билиарного тракта и ГЭРБ играет заброс содержимого двенадцатиперстной кишки и желудка в пищевод – дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс (ДГЭР). Предполагается, что после холецистэктомии за счет непрерывного поступления желчи в двенадцатиперстную кишку и качественных изменений в составе желчи происходит нарушение нейрогуморальной регуляции моторики верхних отделов желудочно-кишечного тракта в виде повышения частоты дуоденогастральных рефлюксов и повышения частоты транзиторных расслаблений нижнего пищеводного сфинктера, что в свою очередь обусловливает высокую вероятность ДГЭР. Так, было доказано, что частота дуоденогастрального рефлюкса значительно повышается у пациентов, перенесших холецистэктомию.

За последние десятилетия изучению взаимосвязи между холецистэктомией и ГЭРБ был посвящен ряд исследований. H. Hyvärinen выполнил ретроспективное исследование, в которое были включены 918 пациентов с выполненной фиброгастродуоденоскопией. Было выявлено, что у 125 пациентов, перенесших холецистэктомию, чаще встречались эрозивный эзофагит и дуоденогастральный рефлюкс по сравнению с пациентами контрольной группы. В исследовании S. Kunsch et al. с использованием суточной pH-

метрии и фиброоптической спектрофотометрии билирубина была доказана большая частота ДГЭР у пациентов с ГЭРБ и холецистэктомией в анамнезе по сравнению с пациентами с ГЭРБ без холецистэктомии.

Кроме того, важная роль отводится изучению роли ДГЭР в патогенезе аденокарциномы пищевода. В популяционном ретроспективном когортном исследовании, проведенное J. Freedman с коллегами, было выявлен повышенный риск развития аденокарциномы пищевода у пациентов с холецистэктомией в анамнезе по сравнению с пациентами без холецистэктомии.

Помимо прямого токсического воздействия желчных кислот в исследованиях на эксплантатах и клеточных линиях плоскоклеточных клеток пищевода показано, что воздействие не конъюгированных желчных кислот при нейтральном pH увеличивает экспрессию провоспалительных медиаторов (интерлейкин-8, циклооксигеназа-2, простагландин E2), таким образом вызывая цитокин-опосредованное воспаление.

Желчные кислоты могут ингибировать рост и индуцировать апоптоз культивируемых нормальных эпителиальных клеток слизистой оболочки пищевода человека, также было показано, что желчные кислоты увеличивают экспрессию гомеобоксного транскрипционного фактора CDX2, являющегося важным патогенетическим звеном кишечной метаплазии. Также, воздействие желчных кислот на клетки пищеводного эпителия приводит к развитию окислительного стресса и повреждению ДНК. Кроме того, показано, что желчные кислоты повышают экспрессию гуанилатциклазы С в клетках пищеводного эпителия.

Для диагностики ДГЭР используются следующие методы:

- динамическая сцинтиграфия гепатобилиарной системы (холесцинтиграфия), позволяющая визуализировать дренаж желчи через желчевыводящие пути в двенадцатиперстную кишку, а также забросы желчи в желудок и пищевод;
- фиброоптическая спектрофотометрия билирубина, позволяющая судить о концентрации и длительности экспозиции билирубина в пищеводе;
- фиброгастродуоденоскопия с аспирацией гастроэзофагеального содержимого и определением концентрации желчных кислот;
- суточная импеданс-pH-метрия, по результатам которой можно судить о количестве, высоте распространения и о природе эпизодов рефлюкса.

Медикаментозная коррекция ДГЭР при билиарной патологии назначается индивидуально и может включать в себя назначение препаратов урсодезоксихолевой кислоты, альгинатов, прокинетиков и эзофагопротекторов в сочетании со стандартной терапией ГЭРБ.

МЕТАБОЛИЧЕСКИЕ ПОСЛЕДСТВИЯ ХИРУРГИЧЕСКОГО ЛЕЧЕНИЯ

Помимо развития ПХЭС, немаловажными являются и метаболические последствия удаления желчного пузыря.

После холецистэктомии, с учетом новых анатомо-физиологических условий функционирования желчевыводящих путей, появление или развитие уже имевшихся ранее обменных нарушений может приводить к развитию метаболического синдрома, для чего имеются несколько предпосылок. Так как холецистэктомия, как правило, выполняется в случаях симптоматического течения ЖКБ, при котором приступы желчной колики провоцируются нарушениями диетических рекомендаций, пациенты могут перестать ограничивать себя в употреблении жирной пищи, что закономерно приводит к повышению потребляемых калорий и развитию соответствующих метаболических нарушений. Отсутствие желчного пузыря и, соответственно, исчезновение его функций, в первую очередь резервуарной и концентрационной, и нарушение процесса энтерогепатической

циркуляции желчных кислот также является аспектом развития метаболического синдрома и отдельных его компонентов.

Отдельная роль в формировании метаболического синдрома после выполнения холецистэктомии отводится желчным кислотам. В новых условиях менее концентрированная желчь секретируется печенью постоянно и быстро попадает в тонкую кишку, что принципиально отличается от нормального функционирования билиарного тракта, при котором желчь и имеющиеся в ее составе желчные кислоты попадают в кишку в процессе смены периодов отсутствия пищевой стимуляции и постпрандиальных периодов, под воздействием процессов нейрогормональной регуляции наполнения и опорожнения желчного пузыря. Как известно, основным механизмом поддержания гомеостаза желчных кислот в организме является регуляция их синтеза по механизму отрицательной обратной связи. Ключевую роль в регуляции транспорта желчных кислот играют так называемые ядерные рецепторы, которые относятся к супер-семейству активируемых лигандами факторов транскрипции. Одним из таких рецепторов является фарнезоидный X рецептор (FXR), и желчные кислоты являются сильными индукторами FXR. По-видимому, через FXR осуществляется согласование процессов повторного использования и синтеза de novo желчных кислот: FXR индуцирует экспрессию транспортеров, ответственных за выведение желчных кислот из гепатоцитов и энтероцитов. Считается, что именно такой эффект FXR стимулирует энтерогепатическую циркуляцию желчных кислот. В подвздошной кишке активация FXR приводит в свою очередь к индукции синтеза фактора роста фибробластов FGF19, экспрессия которого у пациентов с ЖКБ значительно снижена. Соответственно, после холецистэктомии отсутствие желчного пузыря приводит к дисбалансу ряда путей сигналинга, ассоциированного с желчными кислотами. В частности, синтез желчных кислот может усиливаться вдвое, нарушается суточный ритм ядерного рецептора FGF19 и снижается его полуденный пик. Холецистэктомия может также приводить к нарушению некоторых защитных функций FGF19 в печени, что приводит к смещению пула желчных кислот в сторону накопления более цитотоксичных и провоспалительных. В процессы метаболических нарушений, развивающихся после холецистэктомии, вовлекается и другой ядерный рецептор – GPBAR-1 («G-protein-coupled bile acid receptor-1», другое название – TGR5), который осуществляет регуляцию энергетического баланса и углеводного обмена. В подвздошной кишке активация GPBAR-1 под действием желчных кислот повышает уровни пептида YY, что приводит к анорексигенному эффекту. Активация GPBAR-1 также приводит к повышению уровня глюкагоноподобного пептида 1 (GLP-1), который, в свою очередь, увеличивает секрецию инсулина.

Патофизиологические предпосылки развития метаболических нарушений, возникающих после холецистэктомии и ведущих к развитию метаболического синдрома, нашли свое подтверждение в проведенных в разных странах мира исследованиях.

Так, в проведенном еще в 1984 году Houghton P.W. et al. исследовании в Великобритании с участием 103 пациентов, из которых у трети исходно была избыточная масса тела, были получены данные о значимом приросте массы тела через полгода после выполнения холецистэктомии, независимо от пола пациента. В исследовании, проведенном в Китае Shen C. et al., в которое вошли 5672 пациента, из числа которых у 338 были выявлены конкременты в желчном пузыре, а у 203 в анамнезе была проведена холецистэктомия, именно в последней категории пациентов наблюдались более высокие значения ИМТ и окружности талии, более высокие уровни аминотрансфераз, триглицеридов и более высокий уровень глюкозы плазмы крови натощак по сравнению с пациентами с ЖКБ, которым операция не выполнялась. Ключевым результатом исследования стал обнаружение статистически значимо большей распространенности метаболического синдрома именно у пациентов, которым была выполнена холецистэктомия по сравнению с пациентами с ЖКБ, которые не подвергались оперативному вмешательству: распространенность метаболического синдрома среди

пациентов без ЖКБ, среди пациентов с ЖКБ без операции в анамнезе и среди пациентов после холецистэктомии составила 30,3%, 47,0% и 63,5% соответственно.

В другом исследовании, проведенном в Мексике Chavez-Tapia N.C. et al., с участием 399 пациентов с ЖКБ после выполнения холецистэктомии с таким же количеством участников в группе контроля (без ЖКБ в анамнезе) в результате выполнения многомерного анализа с учетом пола, возраста и ИМТ пациентов была выявлена статистически значимо большая встречаемость факторов риска развития кардиоваскулярной патологии (ОШ 2,8 (95% ДИ 1,8-4,6)), в том числе диабета 2 типа (ОШ 2,2 (95% ДИ 1,1-4,5)), повышенного артериального давления (ОШ 5,1 (95% ДИ 2,6-10,1)) и высокого уровня холестерина крови (ОШ 2,7 (95% ДИ 1,3-5,5)).

Таким образом, потенциальными последствиями холецистэктомии непосредственно и опосредованно приводящими к развитию метаболического синдрома и его компонентов являются следующие:

- Потеря резервуарной функции желчного пузыря.
- Повышение массы тела, изменение липидного состава сыворотки крови.
- Повышение синтеза желчных кислот, в том числе за счет повышение экспрессии в печени энзимов, катализирующих их синтез.
- Повышение секреции желчных кислот в желчь.
- Усиление энтерогепатической циркуляции желчных кислот, в частности, в период между приемами пищи.
- Повышение поступления желчных кислот в кишечник, в том числе в связи с усилением их энтерогепатической циркуляции, и создание предпосылок для синтеза более цитотоксичных вторичных желчных кислот с участием кишечной микрофлоры, с последующим повреждением гепатоцитов вторичными желчными кислотами.
- Повышение уровня инсулина в сыворотке крови и повышение риска развития инсулинорезистентности.
- Нарушение гомеостаза глюкозы, повышение риска развития сахарного диабета 2 типа.
- Повышение риска развития неалкогольной жировой болезни печени.

Таким образом, результаты проведенных в последние десятилетия исследований свидетельствуют о том, что холецистэктомия per se может вызвать неблагоприятные метаболические последствия. Механизмы их развития, вероятно, опосредованы нарушенным транскишечным потоком желчных кислот, которые производят метаболические сигналы в отсутствии желчного пузыря и ритмических циклов в состоянии голодания и приема пищи и кормления. В этом процессе задействованы пути с участием желчных кислот и их ядерных рецепторов FXR и GPBAR-1 в печени, кишечнике, жировой ткани и мышцах. Дальнейшие гомеостатические изменения могут развиваться в том числе и с участием кишечной микробиоты, а также эпигенетических изменений, вовлекающих экспрессию генов, участвующих в обменных процессах. Таким образом, холецистэктомия может выступать как дополнительный потенциальный фактор риска развития метаболического синдрома даже при отсутствии предсуществующих серьезных метаболических нарушений до операции.

Клинико-патогенетические связи между метаболическим синдромом и особенностями течения ЖКБ до и после хирургического вмешательства представлены на рисунке 1.

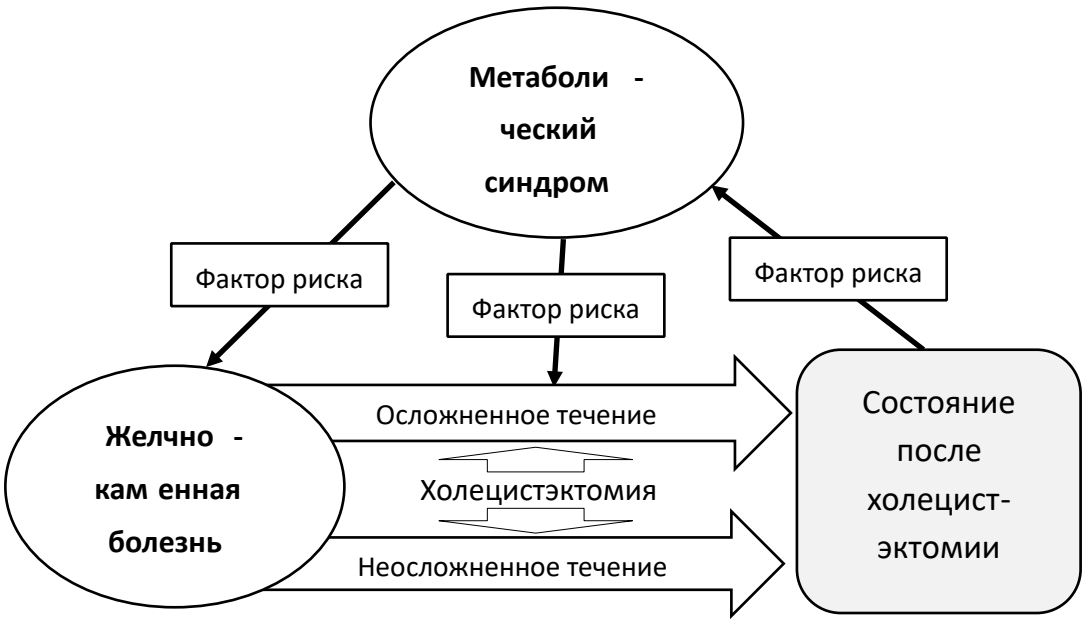


Рис. 1. Связь метаболического синдрома и особенностей течения ЖКБ.

Таким образом, метаболический синдром может быть рассмотрен как состояние, активно связанное с процессами развития и течения ЖКБ, в том числе в случае активной хирургической тактики ведения пациента. Основными клинически значимыми «точками пересечения» метаболического синдрома и ЖКБ можно считать следующие:

1. Развитие ЖКБ патогенетически связано с обменными нарушениями, наблюдаемыми при метаболическом синдроме.
2. Метаболический синдром создает предпосылки для осложненного течения ЖКБ.
3. Выполнение холецистэктомии может оказаться пусковым моментом для развития или усугубления обменных нарушений, характерных для метаболического синдрома.

ТАКТИКА ВЕДЕНИЯ ПАЦИЕНТА

Таким образом, накопленный за десятилетия мировой клинический опыт различных интервенционных вмешательств и консервативного ведения пациентов с ЖКБ при бессимптомном и малосимптомном течении заболевания во многих случаях не дает однозначного ответа на вопрос, какая именно тактика ведения пациента является единственно верной. При этом фактором, склоняющим чашу весов в пользу осторожного подхода к назначению лапароскопической холецистэктомии, является достаточно высокий риск развития ПХЭС, который в случае развития снижающих качество жизни клинических проявлений способен свести на нет все усилия по облегчению страдания пациента с ЖКБ.

На рисунке 2 представлен один из актуальных вариантов определения тактики ведения пациентов с ЖКБ, тем не менее, не претендующий на охват всех возможных вариантов развития заболевания и подходов к ведению пациента. В каждом конкретном случае врач принимает решения на основе всего спектра имеющихся клинических данных, тем не менее опираясь на основные рекомендации по вопросам лечения пациентов с ЖКБ.

Отдельно следует выделить тактику ведения пациента с ПХЭС.

Пациентам с выявленной органической патологией билиарного тракта проводится эндоскопическая коррекция (эндоскопическая папиллосфинктеротомия, стентирование и др.) и по показаниям литолитическая терапия (препараты урсодезоксихолевой кислоты 10 мг/кг/сутки в один или два приема не менее 2-3 месяцев).

У больных с функциональными причинами ПХЭС проводится дифференцированная консервативная терапия. Рекомендовано частое питание небольшими порциями с исключением продуктов, влияющих на моторику билиарной системы.

Пациентам с дискинезией двенадцатиперстной кишки по гипермоторному типу и гипертонусом сфинктера Одди назначают спазмолитические препараты. В последнем случае препаратом выбора с максимально возможным уровнем селективного влияния на сфинктер Одди является гимекромон.

При гипомоторной дисфункции сфинктера Одди, гипомоторной дискинезии двенадцатиперстной кишки и недостаточности показаны прокинетики.

Если нет возможности выполнить поляризационную микроскопию желчи для оценки степени микрохоледохолитиаза, рекомендовано проводить регулярные профилактические курсы приема препаратов урсодезоксихолевой кислоты.

Уменьшить раздражающее действие желчи на слизистую верхних отделов ЖКТ, а, следовательно, профилактику билиарного эзофагита и билиарного гастрита можно назначением антацидных средств с выраженным сорбционным эффектом, препаратов урсодезоксихолиевой кислоты, альгинатов.

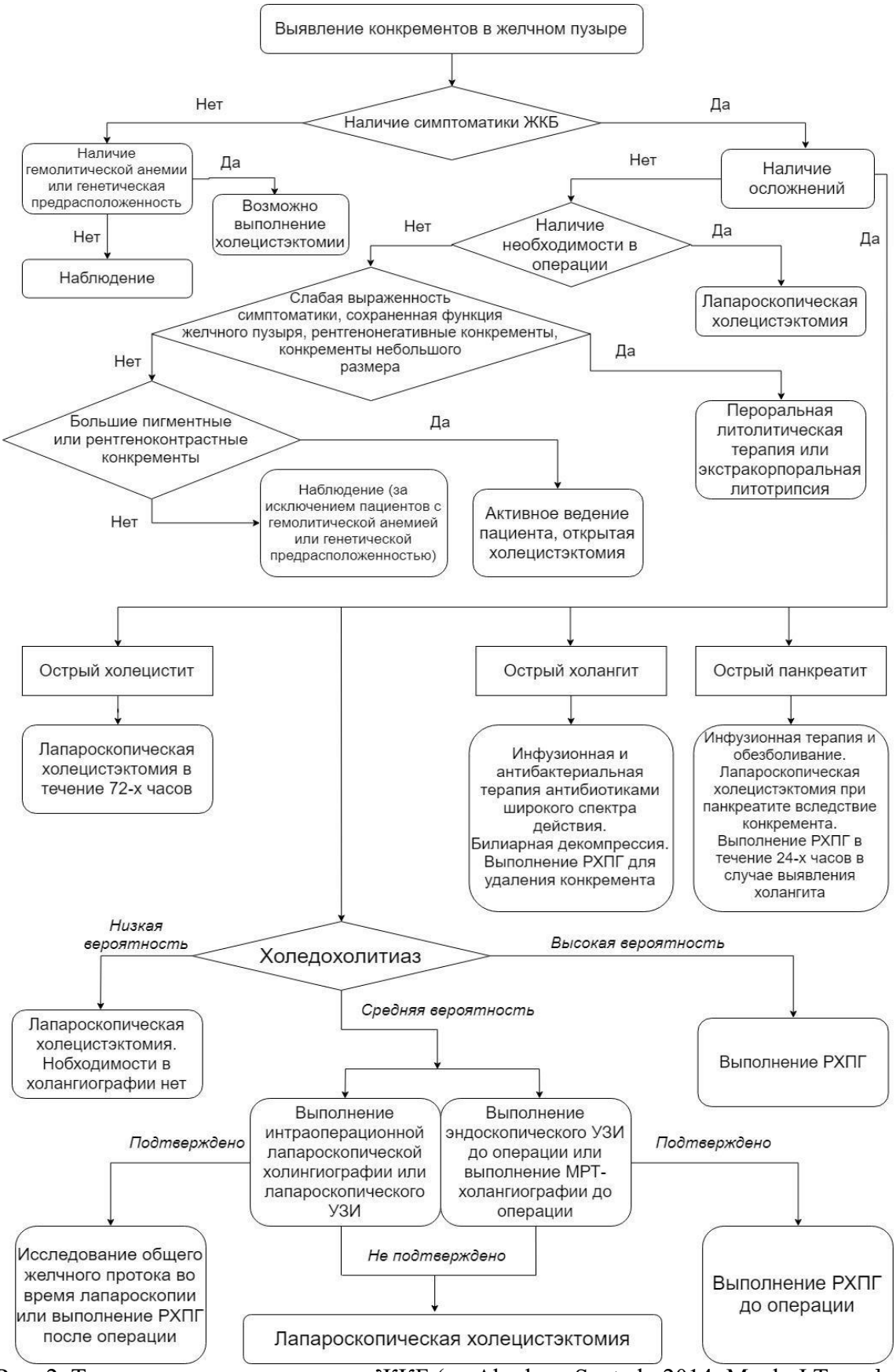


Рис. 2. Тактика ведения пациента с ЖКБ (по Abraham S. et al., 2014; Maple J.T. et al., 2010; Ibrahim M. et al., 2018, с изменениями).

ВОПРОСЫ ДЛЯ САМОКОНТРОЛЯ

1. Образование билиарного сладжа можно рассматривать как ступень, предшествующую формированию в желчном пузыре следующих конкрементов:

1) холестериновых;
2) черных пигментных;
3) красных пигментных;
4) смешанных.

2. Содержание холестерина в пигментных конкрементах желчного пузыря составляет менее:

1) 40%;
2) 20%;
3) 60%;
4) 80%.

3. Необходимыми условиями формирования холестериновых конкрементов в желчном пузыре являются

1) наличие хронического инфекционного процесса в желчном пузыре и снижение его моторики;
2) наличие метаболических нарушений, связанных с ожирением, и перенасыщение желчи холестерином;
3) наличие хронического инфекционного процесса в желчном пузыре и перенасыщение желчи холестерином.
4) перенасыщение желчи холестерином и снижение моторики желчного пузыря;

4. К числу основных типичных клинических проявлений желчнокаменной болезни, наряду с приступами желчной колики, относятся проявления

1) острого холецистита;
2) билиарного панкреатита;
3) острого холангита;
4) механической желтухи.

5. В каком случае, как правило, требуется выполнение эндоскопической ретроградной холангиографии?

1) при нарастании уровня билирубина;
2) при наличии клинических данных, позволяющих предположить присутствие конкремента в общем желчном протоке;
3) при болевом синдроме, который не удается купировать медикаментозно в течение 48 часов;
4) при нарастании желтухи.

6. Наибольшая эффективность использования препаратов урсодезоксихолевой кислоты в отношении растворения конкрементов достигается при следующих условиях

1) при наличии рентгенонегативных конкрементов любого размера и сохранении функции желчного пузыря;
2) при отсутствии механической желтухи и наличии рентгенонегативных конкрементов;

3) при наличии рентгенопозитивных конкрементов размером менее 5 мм и отсутствии механической желтухи;
4) при наличии рентенонегативных конкрементов размером менее 15 мм и заполненности желчного пузыря конкрементами не более чем на треть.

7. Для обструкции желчевыводящих путей конкрементом не характерно следующее изменение в биохимическом анализе крови:
1) диспротеинемия;
2) повышение уровня трансаминаз;
3) повышение уровня щелочной фосфатазы;
4) повышение уровня билирубина.

8. Пациентам с ЖКБ рекомендуется соблюдать диету с ограничением:
1) жидкости;
2) животных жиров;
3) растительной клетчатки;
4) поваренной соли.

9. Противопоказанием для растворения камней желчного пузыря не является:
1) диаметр камней больше 2 см;
2) кальцифицированные камни;
3) отключенный желчный пузырь;
4) холестериновые камни.

10. Точка Кера – это точка проекции на переднюю брюшную стенку:
1) желчного пузыря;
2) луковицы 12-перстной кишки;
3) малой кривизны желудка;
4) тела поджелудочной железы.

11. Симптом Ортнера – это:
1) болезненность при пальпации в реберно-позвоночном углу слева;
2) болезненность при пальпации в правом подреберье;
3) боль при поколачивании ребром кисти по правой реберной дуге;
4) атрофия подкожно-жировой клетчатки в проекции тела поджелудочной железы.

12. К образованию конкрементов ведут следующие причины, кроме:
1) инфицирование желчи;
2) застой желчи;
3) нарушение липидного обмена;
4) нарушение белкового обмена.

13. Симптом Мюсси – это болезненность при пальпации:
1) в проекции тела поджелудочной железы;
2) в правом подреберье;
3) в реберно-позвоночном углу слева;
4) между ножками грудинно-ключично-сосцевидной мышцы.

14. Как метаболический синдром влияет на течение желчнокаменной болезни:
1) создает предпосылки для осложненного течения желчнокаменной болезни;
2) никак не влияет на течение желчнокаменной болезни;

3) способствует меньшей частоте послеоперационных осложнений холецистэктомии;
4) способствует большей частоте образования пигментных камней.

15. Какие препараты следует назначать для профилактики повторного камнеобразования после холецистэктомии:
1) антибиотики;
2) ферментные препараты;
3) препараты урсодезоксихолевой кислоты; 4) статины.

16. Какие препараты предпочтительно назначать с целью профилактики и лечения спазма сфинктера Одди:
1) холинолитики;
2) селективные спазмолитики;
3) неселективные спазмолитики;
4) нестероидные противовоспалительные средства.

17. Сколько стадий течения желчнокаменной болезни выделяют:
1) 1;
2) 2;
3) 3;
4) 4.

18. Как называется первая стадия развития желчнокаменной болезни:
1) камненосительство;
2) образование конкрементов;
3) образование билиарного сладжа;
4) острый холецистит.

19. Как называется четвертая стадия развития желчнокаменной болезни:
1) физико-химическая;
2) образование конкрементов;
3) образование билиарного сладжа;
4) стадия осложнений.

20. Какое оперативное вмешательство проводится при неосложненном холедохолитиазе:
1) открытая холецистэктомия;
2) лапароскопическая холецистэктомия;
3) эндоскопическая папиллосфинктеротомия с литоэкстракцией;
4) лапаротомия.

Правильные ответы

1 – 1,

2 – 2,
3 – 4,
4 – 1,
5 – 2,
6 – 4,
7 – 1,
8 – 2,
9 – 4,
10– 1,
11– 3,
12– 4,
13– 4,
14– 1,
15– 3,
16– 2,
17– 4,
18– 1,
19– 4,
20– 3.

СПИСОК ЛИТЕРАТУРЫ

1. Агафонова Н.А. Билиарный сладж тактика ведения и лечения. Медицинский совет. 2012; 9:28-33.
2. Агзамов Р.Ш., Трифонова Э.В. Дробление камней в желчном пузыре. Непосредственные и отдаленные результаты. Сибирский медицинский журнал (Иркутск). 2012;108(1):73-75.
3. Баталова Ю.С., Нузова О.Б. Современные лапароскопические технологии при лечении желчнокаменной болезни.2015;4(12):61-67.
4. Вахрушев Я.М., Хохлачева Н.А. Желчнокаменная болезнь: эпидемиология, факторы риска, особенности клинического течения, профилактика. Архив внутренней медицины. 2016;3(29):30-35.
5. Галиев Ш.З., Амиров Н.Б. Дуоденогастральный рефлюкс как причина развития рефлюкс-гастрита. Вестник современной клинической медицины. 2015;8(2):50–61.
6. Гаус О.В., Ахмедов В.А. Иммунологические параллели в течении метаболического синдрома, ассоциированного с желчнокаменной болезнью. Медицинские науки. Фундаментальные исследования. 2013; 7: 51-54.
7. Гаус О.В., Ахмедов В.А. Патогенетические особенности поражения органов гепатобилиарной системы у больных метаболическим синдромом. Казанский медицинский журнал. 2014; 1:70-74.
8. Гаус О.В., Ахмедов В.А. Прогнозирование эффективности пероральной литолитической терапии у больных желчнокаменной болезнью, ассоциированной с метаболическим синдромом. Современные проблемы науки и образования. 2016; 5:41.
9. Григорьева И.Н. Желчнокаменная болезнь: еще один компонент метаболического синдрома? Медицинский совет. 2012; 9:92-93.
10. Григорьева И.Н., Логвиненко Е.В., Ямлиханова А.Ю., Слободчикова М.А., Романова Т.И. Взгляд на желчнокаменную болезнь через призму метаболического синдрома

(обзор литературы). Бюллетень Сибирского отделения Российской академии медицинских наук. 2011; 5:72-78.
11. Драпкина О.М., Фомичева Е.И. Мембранный рецептор желчных кислот TGR5 – новая мишень в изучении метаболических, воспалительных и опухолевых заболеваний. Рациональная фармакотерапия в кардиологии. 2016; 3:344-350.
12. Ивашкин В.Т., Маев И.В., Баранская Е.К. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению жёлчнокаменной болезни. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2016; 3:64-80.
13. Ильченко А.А. Желчные кислоты в норме и при патологии. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2010; 4:3-13.
14. Ильченко А.А., Дрожжина Ю.В. Эффективность урсотерапии при холестеринассоциированной патологии желчного пузыря. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2009; 8:96-101.
15. Клабуков И.Д., Красильникова О.А., Люндуп А.В., Дюжева Т. Г. Иммунологическая природа желчекаменной болезни. Гипотеза. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2018; 154(6): 134-142.
16. Клабуков И.Д., Люндуп А.В., Дюжева Т.Г., Тяхт А.В. Билиарная микробиота и заболевания желчных путей. Вестник Российской академии медицинских наук. 2017; 72(3): 172–179.
17. Котовский А.Е., Глебов К.Г., Уржумцева Г.А., Петрова Н.А. Эндоскопические технологии в лечении заболеваний органов гепатопанкреатодуоденальной зоны. Анналы хирургической гепатологии. 2010;15(1):9-18.
18. Куликовский В.Ф., Карпачев А.А., Ярош А.Л. и др. Малоинвазивные методы лечения осложненной желчнокаменной болезни. Современные проблемы науки и образования. 2012; 2:97.
19. Минушкин О.Н. Синдром после холецистэктомии в практике терапевта и гастроэнтеролога. Лечащий врач. 2015; 2:40-47.
20. Минушкин О.Н., Бурдина Е.Г., Новоженова Е.В. Билиарный сладж: диагностика и лечение в условиях поликлиники. Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2013; 9:14-20.
21. Митушева Э.И., Сайфутдинов Р.Г., Шаймарданов Р.Ш. Постхолецистэктомические расстройства и качество жизни у больных после холецистэктомии. Медицинский алфавит. 2017; 4(40 (337)):38-42.
22. Можаровский В.В., Мишарин В.М., Цыганов А.А. и др. Однопортовая холецистэктомия – за и против (с комментарием). Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2016; 6:50-54.
23. Подолужный В.И. Осложнения желчнокаменной болезни. Фундаментальная и клиническая медицина. 2017; 1:102-114.
24. Пронина Г.М., Быстровская Е.В., Ильченко А.А. и др. Оценка эффективности литолитической терапии у больных желчнокаменной болезнью. Медицинский совет. 2012; 9:34-36.
25. Рыжкова О.В., Сайфутдинов Р.Г. Химическое растворение камней желчного пузыря. Общественное здоровье и здравоохранение. 2004;12:172-175.
26. Сагдатова А.А, Зулкарнеев Р.Х., Хуснутдинова Э.К, Нургалиева А.Х., Загидуллин Ш.З. Многофакторная клинико-генетическая модель развития желчнокаменной болезни. Практическая медицина 2017; 6 (107): 108-112.
27. Сайфутдинов Р.Г., Рыжкова О.В. Есть ли альтернатива хирургическому лечению холецистолитиаза? Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. 2005; 5:100-104.
28. Сайфутдинов Р.Г., Рыжкова О.В., Трифонова Э.В. Естественное течение желчнокаменной болезни. Практическая медицина. 2011;3-2(51):17-19.

29. Селезнева Э.Я., Быстровская Е.В., Орлова Ю.Н. и др. Алгоритм диагностики и лечения желчнокаменной болезни. Русский медицинский журнал. 2015; 13:730-737.
30. Смирнов О.Н., Гурин Н.Н., Пушкарев Ю.П. Оценка вегетативного статуса больных до и после холецистоэктомии. Педиатр. 2010; 1:23-25.
31. Старков Ю.Г., Шишин К.В., Недолужко И.Ю. и др. Исторические аспекты и современное состояние хирургии единого доступа. Хирургия. Журнал им. Н.И. Пирогова. 2012; 9:90-93.
32. Сухарева М.В., Самаркина А.О., Семагин А.А. Разновидности холецистэктомии. Вестник совета молодых учёных и специалистов Челябинской области. 2016; 4(15): 82-88.
33. Танченко О.А., Нарышкина С.В., Сивякова О.Н. Урсодезоксихолевая кислота в комплексном лечении больных с метаболическим синдромом. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2012; 1:82-86.
34. Трифонова Э.В., Рыжкова О.В., Закирзянов М.Х. и др. Контактный химический литолиз холестериновых камней в желчном пузыре. Отдаленные результаты (клинический случай). Дневник казанской медицинской школы. 2017;1(15):89-93.
35. Трифонова Э.В., Рыжкова О.В., Сайфутдинов Р.Г. Собственный опыт контактного растворения камней желчного пузыря у больных с желчнокаменной болезнью. Практическая медицина. 2011;3-1(50):14-16. 36. Успенский Ю. П., Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н., Вовк А. В., Кизимова О.А. Отдаленные последствия лапароскопической холецистэктомии. Университетский терапевтический вестник. 2020;
2(2):23-29.
37. Успенский Ю.П., Иванов С.В., Вовк А.В. Эволюция подходов к лечению желчнокаменной болезни. Дневник Казанской медицинской школы. 2018;4(22):109-116.
38. Успенский Ю.П., Иванов С.В., Вовк А.В., Кощеев А.В., Ганбарова Х.И. Желчнокаменная болезнь и метаболический синдром: до и после холецистэктомии. Лечащий врач. 2019; 8:32.
39. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н., Вовк А.В., Кощеев А.В. Патогенетические аспекты развития желчнокаменной болезни у больных с метаболическим синдромом. Терапевтический архив. 2021; 93(2): 209-214.
40. Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Наджафова К.Н., Кощеев А.В., Султанова Ф.М. Роль липидов сыворотки крови в развитии желчнокаменной болезни. Университетский терапевтический вестник. 2019; 1(1): 59-71.
41. Шептулина А.Ф., Широкова Е.Н., Ивашкин В.Т. Ядерные рецепторы в регуляции транспорта и метаболизма желчных кислот. Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. 2013;5:32-
45.
42. Шумкина Л.В., Старков Ю.Г. Хирургия единого лапароскопического доступа: современные тенденции в лечении холецистита.
Эндоскопическая хирургия. 2014; 1:58-61.
43. Abeysuriya V., Deen K.I., Navarathne N.M. Biliary microlithiasis, sludge, crystals, microcrystallization, and usefulness of assessment of nucleation time. Hepatobiliary Pancreat. Dis. Int. 2010;9(3):248-253.
44. Abraham S., Rivero H.G., Erlikh I.V. et al. Surgical and nonsurgical management of gallstones. Am. Fam. Physician. 2014;89(10):795-802.
45. Anand A.C., Sharma R., Kapur B.M., Tandon R.K. Analysis of symptomatic patients after cholecystectomy: is the term post-cholecystectomy syndrome an anachronism? Trop Gastroenterol. 1995;16(2):126-31
46. ASGE Standards of Practice Committee, Maple J.T., Ben-Menachem T. et al.

The role of endoscopy in the evaluation of suspected choledocholithiasis. Gastrointest. Endosc. 2010;71(1):1-9.
47. Ata N., Kucukazman M., Yavuz B. et al. The metabolic syndrome is associated with complicated gallstone disease. Can. J. Gastroenterol. 2011;25(5):274-276.
48. Banim P.J., Luben R.N., Bulluck H., Sharp S.J., Wareham N.J., Khaw K.T., Haryt A.R. The etiology of symptomatic gallstones quantification of the effects of obesity, alcohol and serum lipids on risk. Epidemiological and biomarker data from a UK prospective cohort stud (EPIC-Norfolk). Eur. J.Gastroenterol. Hepatol. 2011; 23 (8): 733-40
49. Barrera F., Azocar L., Molina H. Et al. Effect of cholecystectomy on bile acid synthesis and circulating levels of fibroblast growth factor 19. Ann. Hepatol. 2015; 14:710-721.
50. Brighton C.A., Rievaj J., Kuhre R.E. et al. Bile acids trigger GLP-1 release predominantly by accessing basolaterally located G protein coupled bile acid receptors. Endocrinology. 2015; 156:3961-3970.
51. Castro J., Amigo L., Miquel J., Galman C., Crovari F., Raddatz A., Zanlungo S., Jalil R., Rudling M., Nervi F. Increased activity of hepatic microsomal triglyceride transfer protein and bile acid synthesis in gallstone disease. Hepatology. 2007; 45 (5):1261-1266.
52. Chander J., Vindal A., Lal P. Et al. Laparoscopic management of CBD stones: An Indian experience. Surg. Endosc. 2011;25(1):172-181.
53. Chang Y., Sung E., Ryu S., et al. Insulin resistance is associated with gallstones even in non-obese, non-diabetic Korean men. J. Korean Med. Sci. 2008; 23:644-650.
54. Chavez-Tapia N.C., Kinney-Novelo I.M., Sifuentes-Renteria S.E. et al. Association between cholecystectomy for gallstone disease and risk factors for cardiovascular disease. Ann. Hepatol.2012;11(1):85-89.
55. Chen L.-Y., Qiao Q.-H., Zhang Sh.-Ch. et al. Metabolic syndrome and gallstone disease. World J Gastroenterol. 2012;18(31):4215-4220.
56. Chen Y., Wu S., Tian Y. Cholecystectomy as a risk factor of metabolic syndrome: from epidemiologic clues to biochemical mechanisms. Lab. Invest. 2018;98(1):7-14.
57. Cojocaru C., Pandele G.I. Metabolic profile of patients with cholesterol gallstone disease. Rev. Med. Chir. Soc. Med. Nat. Iasi. 2010;114(3):677-682.
58. Di Ciaula A., Garruti G., Wang D.Q., Portincasa P. Cholecystectomy and risk of metabolic syndrome. Eur. J. Intern. Med. 2018; 53:3-11.
59. Duggan S.P., et al. An integrative genomic approach in oesophageal cells identifies TRB3 as a bile acid responsive gene, downregulated in Barrett's oesophagus, which regulates NF-kB activation and cytokine levels. Carcinogenesis. 2010;31(5):936–45
60. Etminan M., Delaney J.A., Bressler B. Et al. Oral contraceptives and the risk of gallbladder disease: a comparative safety study. CMAJ. 2011;183(8):899904.
61. European Association for the Study of the Liver (EASL). EASL Clinical Practice Guidelines on the prevention, diagnosis and treatment of gallstones. J.Hepatol. 2016;65(1):146-181.
62.Everhart J.E., Khare M., Hill M., Maurer K.R. Prevalence and ethnic differences in gallbladder disease in the United States. Gastroenterology. 1999;117(3):632-639.
63. Freud M., Djaldetti M., De Vries A., Leffkowitz M. Postcholecystectomy syndrome: a survey of 114 patients after biliary tract surgery. Gastroenterologia. 1960; 93:288-93.
64. Friedman G.D. Natural history of asymptomatic and symptomatic gallstones. Am. J. Surg.1993;165(4):399-404.
65. Gallstone Disease: Diagnosis and Management of Cholelithiasis, Cholecystitis and Choledocholithiasis: Clinical Guidelines 188, Internal Clinical Guidelines Team. 2014
66. Garruti G., Wang D.Q., Di Ciaula A., Portincasa P. Cholecystectomy: a way forward and back to metabolic syndrome? Lab. Invest. 2018;98(1):4-6.
67. Geng L., Sun C., Bai J. Single incision versus conventional laparoscopic cholecystectomy outcomes: a meta-analysis of randomized controlled trials. J. PLoS One. 2013;8(10):1-10.

68. Girometti R, Brondani G, Cereser L, Como G, Del Pin M, Bazzocchi M, Zuiani C. Post-cholecystectomy syndrome: spectrum of biliary findings at magnetic resonance cholangiopancreatography. Br J Radiol. 2010;83(988):351-61.
69. Grundy S.M. Cholesterol gallstones: a fellow traveler with metabolic syndrome? Am. J. Clin. Nutr. 2004; 80:1-2.
70. Hernandez J.M., Morton C.A., Ross S. et al. Laparoendoscopic single site cholecystectomy: the first 100 patients. Am. Surg. 2009; 75:681-685.
71. Houghton P.W., Donaldson L.A., Jenkinson L.R., Crumplin M.K. Weight gain after cholecystectomy.Br. Med. J. (Clin. Res. Ed.).1984;289:1350.
72. Hyvärinen H. Relationship of previous cholecystectomy to oesophagitis and gastroduodenal ulcers. Hepatogastroenterology. 1987;34(2):74–80.
73. Ibrahim M., Sarvepalli S., Morris-Stiff G. Et al. Gallstones: Watch and wait, or intervene? Cleveland Clinic Journal of medicine. 2018;85(4):323-331.
74. Kawabea A., et al. Production of prostaglandin E2 via bile acid is enhanced by trypsin and acid in normal human esophageal epithelial cells. Life Sciences. 2004; 75:21–34.
75. Kullak-Ublick G.A., Stieger B., Meier P.J. Enterohepatic bile salt transporters in normal physiology and liver disease. Gastroenterology. 2004; 126:322-342.
76. Kunsch S., et al. Increased Duodeno-Gastro-Esophageal Reflux (DGER) in Symptomatic GERD Patients with a History of Cholecystectomy. Z Gastroenterol. 2009; 47:744–48.
77. Kuran S. Bile reflux index after therapeutic biliary procedures. BMC Gastroenterology. 2008; 8:4.
78. Larsson S.C., Wolk A. Obesity and the risk of gallbladder cancer: a metaanalysis. Br. J. Cancer. 2007; 96:1457-1461.
79. Liu T., et al. Regulation of Cdx2 expression by promoter methylation, and effects of Cdx2 transfection on morphology and gene expression of human esophageal epithelial cells. Carcinogenesis. 2007;28(2):488–96.
80. McQuaid K.R., Laine L., Fennerty M.B., et al. Systematic review: the role of bile acids in the pathogenesis of gastro-oesophageal reflux disease and related neoplasia. Aliment Pharmacol Ther. 2011; 34:146–65.
81. Mendez-Sanchez N., Chavez-Tapia N.C., Motola-Kuba D. Et al. Metabolic syndrome as a risk factor for gallstone disease. World J. Gastroenterol. 2005; 11:1653-1657.
82. Mercan E., Duman U., Tihan D., Dilektasli E., Senol K. Cholecystectomy and duodenogastric reflux: interacting effects over the gastric mucosa. SpringerPlus. 2016; 5:1970.
83. Morrow D.J., et al. Pathogenesis of Barrett's esophagus: Bile acids inhibit the Notch signaling pathway with induction of CDX2 gene expression in human esophageal cells. Surgery. 2009;146(4):714–22.
84. Peterli R., Merki L, Schuppisser JP, Ackermann C, Herzog U, Tondelli P. Postcholecystectomy complaints one year after laparoscopic cholecystectomy. Results of a prospective study of 253 patients. Chirurg. 1998;69(1):55-60.
85. Rahilly-Tierney C.R., Arnett K.E., North D.K. [et al.]. Apolipoprotein E4 polymorphism does not modify the association between body mass index and high-density lipoprotein cholesterol:a cross-sectional cohort study. Lipids Health Dis. 2011; 10.
86. Redwan AA. Multidisciplinary approaches for management of postcholecystectomy problems (surgery, endoscopy, and percutaneous approaches). Surg Laparosc Endosc Percutan Tech. 2009;19(6):459-69.
87. Russello D., Di Stefano A, Scala R, Favetta A, Emmi S, Guastella T, Latteri F. Does cholecystectomy always resolve biliary disease? Minerva Chir. 1997;52(12):1435-9.
88. Schofer JM. Biliary causes of postcholecystectomy syndrome. J Emerg Med. 2010;39(4):406-10.

89. Shea J.A., Berlin J.A., Escarce J.J. et al. Revised estimates of diagnostic test sensitivity and specifi city in suspected biliary tract disease. Arch. Intern. Med. 1994;154(22):2573-2581.
90. Shen C., Wu X., Xu C. Et al. Association of Cholecystectomy with Metabolic Syndrome in a Chinese Population. PLoS ONE. 2014;9(2): e88189.
91. Sood S., Winn T., Ibrahim S. Et al. Natural history of asymptomatic gallstones: differential behaviour in male and female subjects. The Medical Journal of Malaysia. 2015;70(6):341-345.
92. Thistle J.L., Cleary P.A., Lachin J.M. et al. The natural history of cholelithiasis: the National Cooperative Gallstone Study. Ann. Intern. Med. 1984;101(2):171-175.
93. Tse F., Liu L., Barkun A.N. et al. EUS: a meta-analysis of test performance in suspected choledocholithiasis. Gastrointest. Endosc. 2008;67(2):235-244.
94. Van Dijk A.H., de Reuver P.R., Besselink M.G. et al. Assessment of available evidence in the management of gallbladder and bile duct stones: a systematic review of international guidelines. HPB (Oxford). 2017;19(4):297-309.
95. Zimmer V., Lammert F. Acute Bacterial Cholangitis. Viszeralmedizin. 2015;31(3):166-172.

СПИСОК СОКРАЩЕНИЙ

ГЭРБ - гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь
ДГЭР - дуоденогастроэзофагеальный рефлюкс
ДИ - доверительный интервал
ЖКБ - желчнокаменная болезнь
ИМТ - индекс массы тела
ОШ - отношение шансов
ПХЭС - постхолецистэктомический синдром
УДХК - урсодезоксихолевая кислота
УЗИ - ультразвуковая диагностика
ХДХК - хенодезоксихолевая кислота
ЭРПХГ - эндоскопическая ретроградная панкреатохолангиография
FXR - фарнезоидный Х рецептор
GLP-1 - глюкагоноподобный пептид 1
GPBAR-1 - ядерный рецептор (G-protein-coupled bile acid receptor 1)

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
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	**ПЕДАГОГИКА** (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.28 Гастроэнтерология** (код специальности и наименование)
Факультет	**Лечебный факультет** (наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра гуманитарных наук ; Кафедра психологии** (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.)**

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа дисциплины «Педагогика» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- 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

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Педагогика» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры гуманитарных наук «23» ноября 2023 г., протокол № 3 и заседания кафедры психологии от 27.11.2023, протокол № 3.

Рабочая программа дисциплины «Педагогика» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «28» ноября 2023 г., протокол № 13 /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 31.08.28 Гастроэнтерология. 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.

1. 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:

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.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Педагогика» относится к обязательной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

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-исследовательских характера для всех типов задач профессиональной деятельности: педагогического, научно-исследовательский, организационно-управленческий и медицинского.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующей **универсальной (УК) компетенции:**

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-3 Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	**Знает:** - нормативно-правовые основы преподавательской деятельности в системе медицинского образования; - цели, задачи, результаты обучения, средства и методы обучения и воспитания; - педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения - основы социальной психологии; - важность учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях - приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов - основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон - методы мотивирования и оценивания вклада каждого члена команды в результат е коллективной деятельности, организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды; - возможности профессионального и личностного развития; возможные риски при изменении карьерной траектории	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П 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 - использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения; - выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия - применять основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон; - поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива; - применять методы мотивирования и оценивания вклада каждого члена команды в результат е коллективной деятельности, организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды **Владеет:** технологиями 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

***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)		**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	**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*

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 Педагогика как наука, её роль в деятельности врача. Современные подходы к организации непрерывного медицинского образования.	2	-	10	12	-
Тема 2. Современные методы и образовательные технологии; их использование в профессиональной деятельности врача.	-	2	10	12	4
Тема 3. Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача.	-	2	10	12	4
Тема 4. Психология как наука. Предмет и методы психологии. Психические процессы, состояния, свойства. Психодиагностические методики	-	2	12	14	4
Тема 5. Психологические особенности больного. Индивидуально — психологические особенности. Темперамент, личность, характер. Эмоциональные состояния. Депрессия, тревога, астения, агрессия.	-	1	10	11	4
Тема 6. Синдром эмоционального выгорания. Признаки эмоционального выгорания. Стадии эмоционального выгорания. Профилактика.	-	1	10	11	4
ИТОГО	**2**	**8**	**62**	**72**	**20**

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень 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	Мультимедийная презентация	КВ, ТЗ
Всего за ПА		**2**				

**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	Краткое содержание занятия	Перечень 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	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.	УК-3	КВ, ТЗ, П
Тема 3.	Семинар	Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача.	2	Особенности обучения взрослых. Методики обучения среднего и младшего медицинского персонала. Ресурсный подход в профессиональном образовании. Медико-просветительская деятельность врача. Основы проектирования учебных ситуаций	УК-3	КВ, ТЗ, П

				как ситуаций личностного развития.		
Тема 4.	Семинар-практикум	Психология как наука. Предмет и методы психологии.	2	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 патопсихологические методики. Проективные методы исследования личности. Организация взаимодействия врача и психолога.	УК-3	КВ, ТЗ, П
Тема 5.	Семинар-практикум	Психологические особенности больного.	1	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-3	КВ, ТЗ, П
Тема 6.	Семинар-практикум	Синдром эмоционального выгорания. Понятие «Эмоциональное выгорание».	1	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-3	КВ, ТЗ, П
Всего за ПА			**8**			

* ***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*

4.4. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	из них на ПП в час.	Содержание самостоятельной работы	Перечень 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	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	УК-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	УК-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-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-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-3	КВ, ТЗ, П
7.	Подготовка реферативной работы	14	-	Сбор материала и подготовка реферата	УК-3	Р
Всего:		**62**	**20**			

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:

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	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	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции
УК-3. Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	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
ТЗ	1. Педагогика это: **a)** наука о передаче данных; b) **наука** об образовании; c) наука о воспитании. **2.** Процесс воспитания это: 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: **a)** обучение; b) **знания**; c) жизненный опыт. **4.** Обучение это: **a) целенаправленный** педагогический процесс организации и стимулирования активной учебно-познавательной деятельности учащихся по овладению знаниями, умениями и навыками, развитию творческих способностей и нравственных этических взглядов; **b)** передача знаний от учителя к ученикам с целью социальной адаптации и подготовки их к жизни; **c)** организация самостоятельной учебной работы учеников с целью овладения знаниями, умениями и навыками. 5. **К приведенным ниже рядам понятий подберите обобщающее слово (слова):** α) Наглядно-действенное; наглядно-образное; образное; понятийное**. (мышление)** β) Удивление, презрение, стыд, вина. **(эмоции)** χ) Предметность, константность, целостность, избирательность,	УК-3

	обобщенность, осмысленность. (**характеристики процесса)** δ) Комбинирование, агглютинация, гиперболизация, акцентирование, типизация. **(элементы анализа)**	
КВ	1. Дайте определение педагогике как науке. 2. Назовите современные технологии обучения. 3. Назовите предмет и объект андрогогики. 4. Охарактеризуйте объект и предмет современной психологической науки. 5. Назовите методы современной психологической науки. 6. Дайте определение астеническому состоянию.	УК-3
П	1. Современные педагогические методы и технологии обучения и воспитания. 2. Самообразование, самообучение, саморазвитие и повышение квалификации в современном непрерывном медицинском образовании. 3. Способы контроля и оценки результатов обучения. 4. Особенности обучения взрослых. 5. Методики обучения среднего и младшего медицинского персонала. 6. Когнитивные психические процессы и методы их психодиагностики. 7. Эмоциональные состояния и методы их психодиагностики. 8. Организация взаимодействия врача и психолога в медицинском учреждении. 9. Стадии эмоционального выгорания. 10. Рекомендации по профилактике эмоционального выгорания.	УК-3

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, П-презентация*

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)
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

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 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.

7.2 Учебно-методические материалы для преподавателей

Методическое материалы по дисциплине «Педагогика» для специальности 31.08.28 Гастроэнтерология, Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2022.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Педагогика» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология. 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.

Необходимый для реализации программы ординатуры перечень материально-технического и учебно-методического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованные специализированной мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочим учебным программам дисциплин;
- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа - укомплектованные специализированной (учебной) мебелью, 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 в электронную информационно-образовательную среду 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 31.08.28 Гастроэнтерология.

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.

Приложение № 1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ПЕДАГОГИКА»

Специальность ординатуры	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-гастроэнтеролог»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

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	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Педагогика как наука, её роль в деятельности врача. Современные подходы к организации непрерывного медицинского образования.	УК-3	ТЗ, КВ
Раздел 2. Современные методы и образовательные технологии; их использование в профессиональной деятельности врача.	УК-3	КВ, ТЗ, П
Раздел 3. Андрагогика. Педагогическая ситуация в работе врача.	УК-3	КВ, ТЗ, П
Раздел 4. Психология как наука. Предмет и методы психологии.	УК-3	КВ, ТЗ, П
Раздел 5. Психологические особенности больного.	УК-3	КВ, ТЗ, П
Раздел 6. Синдром эмоционального выгорания. Понятие «Эмоциональное выгорание».	УК-3	КВ, ТЗ, П
Подготовка реферативной работы	УК-3	Р

* ***Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

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

Универсальная компетенции – УК-3

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-3. Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование в порядке, установленном федеральным органом власти, осуществляющем функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	**Знает:** - нормативно-правовые основы преподавательской деятельности в системе медицинского образования; - цели, задачи, результаты обучения, средства и методы обучения и воспитания; - педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения - основы социальной психологии; - важность учета социальных, этнических, конфессиональных и культурных различий в профессиональных отношениях - приёмы профессионального взаимодействия с учётом социокультурных особенностей коллег и пациентов - основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон - методы мотивирования и оценивания вклада каждого члена команды в результат е коллективной деятельности, организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды; - возможности профессионального и личностного развития; возможные риски при изменении карьерной траектории	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П 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	Для текущего контроля: КВ, ТЗ, П Для промежуточной аттестации:

	- - использовать педагогические методы и приёмы организации деятельности обучающихся, применяет технические средства обучения; - выстраивать свое поведение в соответствии с учётом норм социокультурного взаимодействия - применять основы психологии конфликтного поведения; способы разрешения конфликтов и противоречий при деловом общении на основе учета интересов всех сторон; - поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива; - применять методы мотивирования и оценивания вклада каждого члена команды в результат е коллективной деятельности, организуя дискуссии по заданной теме и обсуждение результатов работы членов команды **Владеет:** технологиями проектирования образовательного процесса в зависимости от уровня образования и цели образовательного процесса, методиками педагогической диагностики, современными методиками проведения профилактических и просветительских мероприятий	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 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.

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-3
2 этап	Написание реферата по теме	Экспертная оценка преподавателя	УК-3

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)
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 УК-3).

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. Щукиной
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 УК-3).
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 «андрогогика»?
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 геронтогогика?
а) обучение подростков
б) обучение ых
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-3).

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:
а) в V веке до нашей эры
б) в XVII веке
в) во второй половине XIX века
г) в XX веке

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-3).

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-3**).**

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) абулия
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 связанны 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)

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 индивидуализиации.
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)

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. Нак кого нацелена геронтогогика?
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 поведение 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. Постижение 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) анозогнозический
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

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)

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **«Педагогика»**

ординатура по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Педагогика» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры гуманитарных наук.

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

1. 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), теснуюувязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточноеколичество 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 бытькратким 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.

Организующая 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 иобзорная.

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 настимулирование

обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). Вконце 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 трояким 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 кдоказательству, 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 болеераспространена 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.

2. 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 обучающийся.

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 наимеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных симуляций, кейс-стадии 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.

3. 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 – «детовождение») 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 обусловливают 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, заключает 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

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ВЫПОЛНЕНИЮ САМОСТОЯТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ

по основным профессиональным образовательным программам ординатуры

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2022

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) Прочесть 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 – 30 мм (для прошива); правое – 10 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 «∅» 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 (х) в качестве знака умножения ставиться:
– при указании размеров: 4,5х3 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;
с – 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.

Приложение

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, по направлению подготовки
Шифр и название специальности (уровень ординатуры)
Научный руководитель:
_____
(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Санкт-Петербург
2022

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.

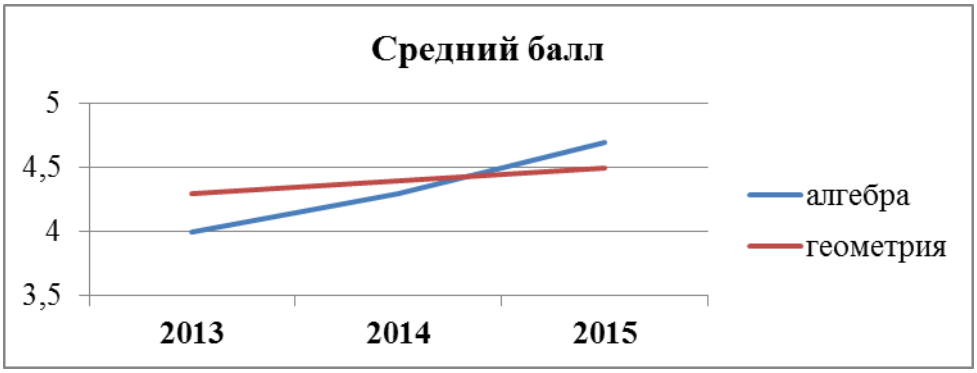


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

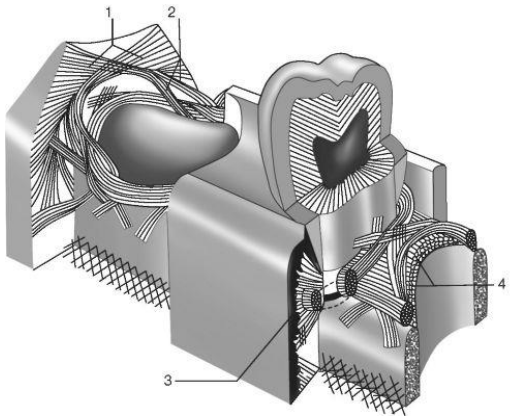


Рисунок 5 – Волокна периодонта

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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине **СОВРЕМЕННЫЕ IT- ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ (адаптированная программа)**
(наименование дисциплины)

Специальность **31.08.28 Гастроэнтерология**
(код специальности и наименование)

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.)**

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа дисциплины «Современные IT-технологии в здравоохранении» (адаптированная программа) разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- 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

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Современные IT-технологии в здравоохранении» (адаптированная программа) рассмотрена и одобрена на заседании кафедры математики и естественнонаучных дисциплин «19» октября 2023г., протокол № 3.

Рабочая программа дисциплины «Современные IT-технологии в здравоохранении» (адаптированная программа) рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
«28» ноября 2023 г., протокол № 13 /2023.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Целью дисциплины «Современные IT-технологии в здравоохранении» (адаптированная программа) для инвалидов и лиц с ограниченными возможностями 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

Задачи дисциплины для инвалидов и лиц и с ограниченными возможностями или с другими нарушениями здоровья**:**

1. Сформировать понятия о связи информационных технологий с другими дисциплинами: доказательной медициной, организацией здравоохранения, организацией научно-исследовательских работ, математикой, статистикой;
2. Овладеть способами поиска, получения, очистки, обработки, передачи, распространения, хранения и представления информации с использованием информационных технологий;
3. Изучить методы правовой и информационной защиты 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» (адаптированная программа)» относится к обязательной части Блока 1 «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология. 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 профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	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 методы научно-исследовательской деятельности - технологии планирования в профессиональной деятельности в сфере научных исследований	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет - критически анализировать и оценивать современные научные достижения - анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач - выбирать и применять в профессиональной деятельности экспериментальные и расчетно-теоретические методы исследования	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Владеет: - базовыми технологиями преобразования информации: текстовые, табличные редакторы, поиск в сети Интернет	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания*

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания) (описывают составители программы)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков	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 - основные понятия компьютерных методов обработки медицинских данных: понятия об статистической обработке данных; предварительное преобразование данных для подготовки к дальнейшему анализу с помощью компьютерных технологий - 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, КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: – использовать информационные системы в здравоохранении; – применять компьютерные методы обработки данных в медицине - использовать компьютерные методы обработки данных в медицине; - подготавливать данных к анализу для обработки статистическими методами -выбирать эффективные и оптимальные формы внедрения результатов	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

	исследования в практику; – -презентовать свои разработки широкой научной и профессиональной аудитории.	
	Владеет: - методами обработки данных в медицине правильным ведением медицинской документации; оценками состояния общественного здоровья; -консолидирующими показателями, характеризующими степень развития экономики здравоохранения, методикой расчета показателей медицинской статистики	

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, 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 инвалидов и лиц с ограниченными возможностями с другими нарушениями здоровья с преподавателем и на самостоятельную внеаудиторную работу обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями с другими нарушениями здоровья

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	**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	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия*	Оценочные средства для текущего контроля **
1.	Введение в ИТ.	2	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	мультимедийная аппаратура,	КВ
2.	Процедуры обработки информации	2	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-4	мультимедийная аппаратура,	КВ
3	Средства обработки информации	2	Обзор возможностей Microsoft Office для обработки и структурирования данных. Возможности и ограничения обработки данных текстовыми, графическими и табличными приложениями. Альтернативные приложения	ПК-4	мультимедийная аппаратура,	КВ, КЗ
4	Правовая и информационная защита данных	2	Основные вопросы информационной безопасности, особенности российского законодательства по защите персональных данных применительно к мед. данным	УК-1, ПК-4	мультимедийная аппаратура,	КВ
5	Базы данных	2	Системы управления базами данных (БД). Нормализация реализационной БД. Правила Кодда и структура базы данных.	УК-1, ПК-4	мультимедийная аппаратура,	КВ, КЗ
6	Автоматизация обработки данных	2	Использование программных средств для автоматизации и визуализации данных.	ПК-4	мультимедийная аппаратура,	КВ, КЗ
ИТОГО в час.		**12**				

** ***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 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 IT-технологии в здравоохранении	УК-1, ПК-4	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, ПК-4	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-4	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	УК-1, ПК-4	КВ
5	Практическое занятие	Базы данных	4	2	Создание учебного проекта**.** Разработка структуры и создание базы данных. **ПП:** База медико-биологических данных	УК-1, ПК-4	КВ, КЗ
6	Практическое занятие	Автоматизация обработки данных	4	2	Практика обработки медицинских данных в **KNIME** **ПП:** автоматизация производственной деятельности	УК-1, ПК-4	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 компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства* для текущего контроля
1	Введение в ИТ.	6	3	Повторение знаний из философии, математики и НИР, необходимых для изучения ИТ. Система наук и её структура. Основные понятия и процедуры ИТ	УК-1, ПК-4	*КВ*
2	Процедуры обработки информации	6	3	Базовые структуры данных и методы их обработки	УК-1, ПК-4	*КВ*
3	Средства обработки информации	6	3	Подготовка к практической работа по поиску, получению, очистке, обработке и передаче информации между различными приложениями	ПК-4	*КВ*
4	Правовая и информационная защита данных	6	3	Особенности российского законодательства по защите персональных данных применительно к мед. данным	УК-1, ПК-4	*КВ*
5	Базы данных	6	3	Создание базы данных в Access	УК-1, ПК-4	*КЗ*
6	Автоматизация обработки данных	6	3	Практика обработки медицинских данных в **KNIME**	УК-1, ПК-4	*КЗ*
ВСЕГО		**36**	**18**			

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	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции
УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Тестовые задания
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков	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 (компетенции- УК-1, ПК-4)

1. Каково место ИТ в системе наук?
2. Какие основные Задачи и средства ИТ?

Раздел 2. Процедуры обработки информации (компетенции- УК-1, ПК-4)

3. Поиск, получение, очистка, обработка и передача информации
4. Какие вы знаете источники информации?

Раздел 3. Средства обработки информации (компетенции – ПК-4)

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 (компетенции- УК-1, ПК-4)

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 (компетенции- УК-1, ПК-4)

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 (компетенции- УК-1, ПК-4)

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 (компетенции- УК-1, ПК-4)

1. Нарисуйте схему взаимосвязи медицины с естествознанием и гуманитарными науками и определите в этой схеме место Информационных технологий. компетенции- УК-1)
2. Изобразите в виде схемы процесс обработки информации о пациенте. (компетенции - ПК-4)
3. Перечислите известные вам приложения Microsoft Office и опишите сферу применения каждого приложения медицине. (компетенции– ПК-4
4. Напишите список вредоносных программ, которые вы знаете, и назовите основную опасность каждой из них (компетенции– ПК-4.)
5. Изобразите средствами PowerPoint диаграмму Ганта процесса сдачи зачета. (компетенции - ПК-4)
6. Создайте в Word структуру основных разделов научной статьи. (компетенции– ПК-4)
7. Создайте в Excel график, имитирующий сердечный ритм. (компетенции- ПК-4
8. Создайте на языке Python скрипт, считающий полное число лет при вводе даты рождения пациента. (компетенции- ПК-4)

Примерный перечень контрольных заданий (КЗ) для самостоятельной работы (компетенции- УК-1, ПК-4)

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 инвалидов и лиц с ограниченными возможностями с другими нарушениями здоровья 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)
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. Омельченко, В. П. Информационные технологии в профессиональной деятельности: учебник / В. П. Омельченко, А. А. Демидова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 416 с. - ISBN 978-5-9704-6888-3. - Текст : электронный // URL:https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970468883.html
2. Тополь, Э. Искусственный интеллект в медицине: Как умные технологии меняют подход к лечению / Э. Тополь; Пер. с англ. - Москва: Альпина Паблишер, 2022. - 398 с. - ISBN 978-5-9614-2920-6. - Текст : электронный // URL https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785961429206.html
3. 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
4. Медицинская информатика в общественном здоровье и организации здравоохранения. Национальное руководство / гл. ред. Г. Э. Улумбекова, В. А. Медик. - 3-е изд. - Москва : ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 1184 с. (Серия "Национальные руководства") - ISBN 978-5-9704-7023-7. - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970470237.html

Дополнительная литература:

1. 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
2. Информатика и медицинская статистика / под ред. Г. Н. Царик — М.: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442432.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. Введение в нейронные сети / Барский А. Б. - М.: Национальный Открытый Университет "ИНТУИТ", 2016. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/intuit_060.html
5. 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. 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

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1. Перечень учебно-методических материалов (пособий) для обучающихся.

Электронная версия презентаций для лекционных и практических занятий размещенная в Moodle.
https://moodle.almazovcentre.ru/mod/resource/view.php?id=17166
https://moodle.almazovcentre.ru/mod/resource/view.php?id=17090
https://moodle.almazovcentre.ru/mod/resource/view.php?id=21785

7.2. Перечень учебно-методических материалов (пособий) для преподавателей.

Электронная версия презентаций для лекционных и практических занятий

размещенная в Moodle.
https://moodle.almazovcentre.ru/mod/resource/view.php?id=17165
https://moodle.almazovcentre.ru/mod/resource/view.php?id=21785
https://moodle.almazovcentre.ru/mod/resource/view.php?id=17090

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Современные IT-технологии в здравоохранении» (адаптированная программа)» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология 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 инвалидов и лиц с ограниченными возможностями с другими нарушениями здоровья 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 31.08.28 Гастроэнтерология.

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» (адаптированная программа) 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.

Приложение № 1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«СОВРЕМЕННЫЕ IT-ТЕХНОЛОГИИ В ЗДРАВООХРАНЕНИИ»
(адаптированная программа)

Специальность ординатуры	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация (степень) выпускника:	«**Врач- гастроэнтеролог»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП**:**	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

ПАСПОРТ

ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине
«Современные IT-технологии в здравоохранении»
(адаптированная программа)

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части (индикатора достижения компетенции)	Наименование оценочного средства *
Раздел 1 Введение в ИТ	УК-1, ПК-4	КВ, КЗ, ТЗ
Раздел 2 Процедуры обработки информации	УК-1, ПК-4	КВ, КЗ, ТЗ
Раздел 3 Средства обработки информации	ПК-4	КВ, КЗ, ТЗ
Раздел 4 Защита данных	УК-1, ПК-4	КВ, КЗ, ТЗ
Раздел 5 Базы данных	УК-1, ПК-4	КВ, КЗ, ТЗ
Раздел 6 Автоматизация обработки данных	ПК-4	КВ, КЗ, ТЗ

* виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), контрольные задания), КЗ тестовые задания (ТЗ)

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

УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков

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 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 - технологии планирования в профессиональной деятельности в сфере научных исследований	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: КВ из разделов № 1,2,4, 5, 6 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - критически анализировать и оценивать современные научные достижения - анализировать альтернативные варианты решения исследовательских и практических задач - выбирать и применять в профессиональной деятельности экспериментальные и расчетно-теоретические методы исследования	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

Профессиональные компетенции –ПК-4

Индикаторы достижения общепрофессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослого населения и подростков	**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 - основные понятия компьютерных методов обработки медицинских данных: понятия об статистической обработке данных; предварительное преобразование данных для подготовки к дальнейшему анализу с помощью компьютерных технологий - 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.	Правильность и полнота ответа Скорость ответа	Для текущего контроля: МИС qMS; КВ из разделов № 1, 2, 3, 4, 5; КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: – использовать информационные системы в здравоохранении; – применять компьютерные методы обработки данных в медицине - использовать компьютерные методы обработки данных в медицине; - подготавливать данных к анализу для обработки статистическими методами -выбирать эффективные и оптимальные формы внедрения результатов исследования в практику; -презентовать свои разработки широкой научной и профессиональной аудитории.	Соблюдение алгоритма Соблюдение технологии	Для текущего контроля: МИС qMS; 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. 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 собственный 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 (ПК-4)

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-4)

29. Нарисуйте схему подсистемы ИТ.
30. Что дало изобретение книгопечатания?

31. Нарисуйте схему работы компьютерной сети
32. Что делает операционная система?
33. Какие вы знаете операционные системы?
34. Напишите названия известных вам офисных систем
35. Опишите сходства и различие известных вам офисных систем
36. Напишите основные приложения Microsoft Office
37. Напишите обобщенные названия приложений во всех офисных системах
38. Какова миссия приложения MS Project?
39. Назовите основные отличия языков: R, Python, KNIME, SQL
40. Для чего используются базы данных в медицине?
41. Какие типы баз вы знаете?
42. Что такое нормализация базы данных?
43. Что такое АРМ? Какие документы проходят через АРМ врача?
44. Дайте определение понятия Документ
45. Для чего в медицине используются документы?
46. Для чего в медицине используется приложение Statistica?
47. Как происходит очистка данных? (Повторение)
48. Дайте определение понятия Модель (Повторение)

Тема 4. Правовая и информационная защита данных (УК-1, ПК-4)

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, ПК-4)

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 PMBOK?
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 (ПК-4)

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
(УК-1, ПК-4)

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. (УК-1, ПК-4)
3. Перечислите известные вам приложения Microsoft Office и опишите сферу применения каждого приложения медицине. (УК-1, ПК-4)
4. Нарисуйте схему устройства компьютера. (ПК-4)
5. Нарисуйте схему подсистем управления баз данных Access. (УК-1, ПК-4)
6. Нарисуйте схему подсистем Презентации. (УК-1, ПК-4)
7. Создайте учебную базу данных «Анализы» (Пример создания БД смотрите на следующих слайдах или видео в Moodle). (УК-1, ПК-4)
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). (УК-1, ПК-4)

Примерный перечень контрольных заданий (КЗ) для самостоятельной работы (проверяемые компетенции (УК-1, ПК4)

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 УК-1, ПК-4)

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 (УК-1, ПК-4)
Нумерованный список знаний умений и навыков необходимых студенту приводится на первой странице паспорта оценочных средств

Список тестовых вопросов:

I Введение в ИТ (УК-1, ПК-4**)**

1. берите приставку для 10^{-9} (0,000000001)
   a) пико
   b) микро
   c) нано
   d) милли
2. Греческая буква Ξ ξ произноситься 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. К законам логики не относится
   a) Закон тождества
   b) Закон противоречия
   c) Закон исключённого третьего
   d) Закон недостаточного основания
6. 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, ПК-4)

7. 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
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
   e) 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-4**)**

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 (УК-1)

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 предоставление 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, ПК-4.)

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 «Анализы» вы создавали отчет из
    a) таблицы
    b) формы
    c) запроса

d) схемы базы данных

VI Автоматизация обработки данных (УК-1, ПК-4**)**

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)

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «**Современные IT-технологии в здравоохранении» (адаптированная программа)**

ординатура по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Современные IT-технологии в здравоохранении» (адаптированная программа) рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры математики и естественнонаучных дисциплин.

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)

1.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), теснуюувязку 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 бытькратким 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.

Организующая 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 иобзорная.

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 настимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). Вконце 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 трояким 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 кдоказательству, 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 болеераспространена 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.

2.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 обучающийся.

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 наимеющиеся теоретические знания.

Семинарские занятия могут проводиться в активной и интерактивной формах деловых игр, круглых столов, компьютерных программ, 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.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

3.1 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.

3.2 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. Прочесть 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 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 «∅» 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 (х) в качестве знака умножения ставиться:

–при указании размеров: 4,5х3 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.

Приложение

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 31.08.28 Гастроэнтерология

Научный руководитель:
_____
(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Санкт-Петербург
2023

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.

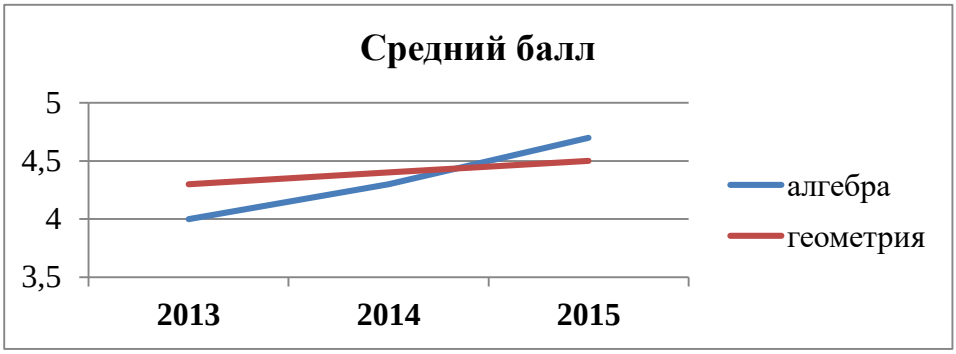


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

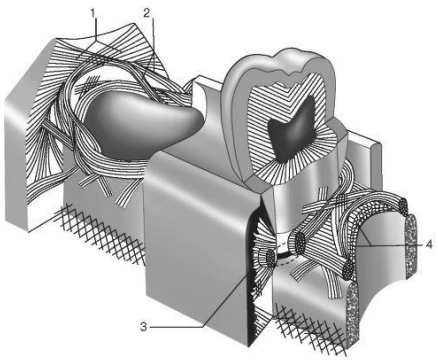


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	**МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ** (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.28 Гастроэнтерология** (код специальности и наименование)
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.)**

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа «Медицина чрезвычайных ситуаций» дисциплины разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- 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	Лемешкин Роман Николаевич	д.м.н., доцент	Профессор кафедры организации и тактики медицинской службы Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3	Блинов Владимир Александрович	к.м.н.	Старший преподаватель кафедры организации и тактики медицинской службы Военно-медицинской академии им. С.М. Кирова	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Медицина чрезвычайных ситуаций» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры организации, управления и экономики здравоохранения «02» ноября 2023 г., протокол № 3.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «28» ноября 2023 г., протокол № 13 /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 зашиты;
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» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

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 31.08.28 Гастроэнтерология.

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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

Универсальные компетенции –УК-1.

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - методы системного анализа и синтеза	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
	Умеет: - находить, обрабатывать и передавать информацию, анализировать и прогнозировать причинно-следственные связи предметов и процессов Владеет: - навыками сбора, обработки и передачи информации	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

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

Профессиональные компетенции – ПК-3, ПК-7, ПК-12

Код и наименование компетенций	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Вид профессиональной деятельности - Профилактическая деятельность		
ПК-3 Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных	**Знает:** -эпидемиологию инфекционных, паразитарных заболеваний, осуществление противоэпидемических мероприятий, защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях - санитарно-гигиенические требования к устройству, организации и режиму работы инфекционных больниц, отделений, полных боксов, полубоксов и боксированных палат особенности сбора	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

ситуациях	высокопатотогенных биологических материалов; - меры индивидуальной и групповой защиты; - осуществление специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний	
	Умеет: -организовывать оказание первичной врачебной и специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной высокотехнологичной медицинской помощи пораженному населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; - организовывать проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятия в очагах поражения; - оценивать химическую и радиационную обстановку - использовать методы организации и проведения радиационной и химической разведки и контроля **Владеет:** - методами организации и проведения радиационной и химической разведки и контроля	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ
Вид профессиональной деятельности - Лечебная деятельность		
ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации деятельность	**Знает:** – порядок оказания различных видов медицинской помощи пораженным в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; – способы и средства защиты пациентов, медицинского персонала и имущества медицинских организаций в чрезвычайных ситуациях; – основные принципы оказания первой медицинской помощи; – виды травм, ранений и способы их лечения; – алгоритмы оказания первой медицинской помощи; – алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации, – средства оказания первой медицинской помощи **Умеет:** – выполнять свои функциональные обязанности при работе в составе формирований и учреждений службы медицины катастроф; – использовать медицинские средства защиты; – проводить диагностику неотложных состояний. – оценить состояние пострадавшего; - оказать требуемую медицинскую помощь; - транспортировать пострадавшего при необходимости; - применять средства оказания первой медицинской помощи – выполнять порядок проведениям лечебно-эвакуационных, санитарногигиенических и противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; - использовать методы первой помощи при клинической смерти, острых нарушениях проходимости верхних дыхательных путей, наружном кровотечении, скелетной, ожоговой, электро и холодовой травме, судорожном синдроме; **Владеет:** Порядком проведения лечебно-эвакуационных, санитарногигиенических и противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени;	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ

	- методами 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	
Вид профессиональной деятельности - Организационно-управленческая		
ПК-12 Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	**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; **Умеет:** - осуществлять сортировку пораженных лиц при чрезвычайных ситуациях; - использовать средства защиты; - использовать методы оценки медико-тактической обстановки в очагах поражения; - применять последовательность оказания первой медицинской помощи; - применять порядок действий во нештатных ситуациях; - применять порядок вызова скорой медицинской помощи. **Владеет:** -методами оценки медико-тактической обстановки в очагах поражения. -последовательностью оказания первой медицинской помощи; - порядком действий во нештатных ситуациях; - порядком вызова скорой медицинской помощи.	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	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 **часы**	**72**	72
зач. ед.	**2**	2
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 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 1. 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 природного и техногенного характера. Основные принципы и способы защиты населения в чрезвычайных ситуациях	–	6	6	12	6
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**

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	Краткое содержание занятия	Перечень 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	Задачи, принципы построения и функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций. Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации чрезвычайных ситуаций. Место, роль и задачи в Единой государственной системе предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) Министерства здравоохранения РФ. Режимы функционирования Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС). Силы и средства Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС) и их задачи. Силы и средства наблюдения и контроля Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС). Силы и средства ликвидации чрезвычайной ситуации Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера (РСЧС). Аварийно-спасательная служба. Статус спасателя и приравненных категорий. Медицинская реабилитация пострадавших спасателей.	УК-1, ПК-3	Мультимедийная презентация	КВ,ТЗ
ИТОГО		**2**				

* ***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 в%	Краткое содержание занятия	Перечень 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%	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. 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.	ПК-7, ПК-12	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	2	50%	Условия, влияющие на организацию системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения РФ в результате ЧС Сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения Организация лечебно-эвакуационного обеспечения населения в ЧС	ПК-7, ПК-12	Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с

		ситуациях мирного времени			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		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		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.	ПК-7, ПК-12	. Отработка практических навыков на фантомах, манекенах и симуляторах с использованием реального медицинского оборудования под контролем преподавателя
ИТОГО в час.			**8**	4 час.			

*****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*

Тематический план занятий семинарского типа - семинары

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП в %	Краткое содержание занятия	Перечень 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, ПК-3, ПК-7, ПК-12.	Составление конспектов, самостоятельная работа, обсуждение ситуационных задач по видеоматериалам, ответы на контрольные вопросы
Тема 2.	Семинар-практикум	Гражданская оборона Российской Федерации. Медицинские силы гражданской обороны здравоохранения Российской Федерации.	2	50%	Гражданская оборона, ее организационная структура, роль и место в общей системе национальной безопасности Российской Федерации Задачи гражданской обороны 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)	УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12.	Составление конспектов, самостоятельная работа, обсуждение ситуационных задач по видеоматериалам, ответы на контрольные вопросы

					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		
Тема 3.	Семинар-практикум	Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. Основные принципы и способы защиты населения в чрезвычайных ситуациях	2	50%	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. 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.	ПК-3, ПК-7, ПК-12	Составление конспектов, самостоятельная работа, обсуждение ситуационных задач по видеоматериалам, ответы на контрольные вопросы
Тема 4.	Семинар-практикум	Основы организации медицинского обеспечения	1	50%	Условия, влияющие на организацию системы лечебно-эвакуационного обеспечения населения РФ в результате ЧС Сущность системы лечебно-эвакуационного обеспечения	ПК-3, ПК-7, ПК-12	Решение задач. Мультимедийная проекция презентаций.

		населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени			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		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 характера и гражданской обороны	1	50%	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.	ПК-3, ПК-7, ПК-12	Решение задач. Мультимедийная проекция презентаций. Устные и письменные ответы.
ИТОГО в час.			**8**	4 час**.**			

* ***Формы проведения занятий семинарского типа:*** *семинар, семинар-практикум, практическое занятие*

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

.

4.5. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	из них на ПП **(% или час.)	Формируемые компетенций
1.	Раздел 1. Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера	2	40%	УК-1, ПК-3
2.	Раздел 2. Тема 1. Задачи, структура службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях	2	40%	УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12
3.	Раздел 2. Тема 2. Гражданская оборона Российской Федерации. Медицинские силы гражданской обороны здравоохранения Российской Федерации	2	40%	УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12
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%	ПК-7, ПК-12
5.	Раздел 2. Тема 4. Основы организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени	3	40%	ПК-7, ПК-12
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%	ПК-7, ПК-12
7.	Подготовка реферата по заданной теме.	36	40%	УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12
ИТОГО в час.		**54**	**22**	

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	
		КВ	ТЗ
Текущий контроль	Раздел 1. Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера	12	17
	Раздел 2. Тема 1. Задачи, структура службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях	11	29
	Раздел 2. Тема 2 Гражданская оборона Российской Федерации. Медицинские силы гражданской обороны здравоохранения Российской Федерации.	18	13
	Раздел 2. Тема 3 Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. Основные принципы и способы защиты населения в чрезвычайных ситуациях	16	31
	Раздел 2. Тема 4. Основы организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени	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.	8	10
ИТОГО		**77**	**133**

Распределение оценочных средств по компетенциям

№ п/п	Наименование компетенции	Виды оценочных средств	
		№№ вопросов	№№ тестовых заданий
1.	УК-1	Раздел 1. № 1-12 Раздел 2. № 18-77	Раздел 1. № 1-17 Раздел 2. № 18-133
2.	ПК-3	Раздел 1. № 1-12 Раздел 2. № 18-77	Раздел 1. № 1-17 Раздел 2. № 18-133
3.	ПК-7	Раздел 2. № 18-77	Раздел 2. № 18-133
4.	ПК-12	Раздел 2. № 18-77	Раздел 2. № 18-133

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	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции
УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12	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 компетенции
1	Тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12
2	Собеседование	КВ	УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12

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 вопросы.	Более 70%

5.4 Примеры типовых оценочных средств для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции
КВ	1. Этап медицинской эвакуации: определение.	УК-1, ПК-3,

	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	ПК-7, ПК-12
ТЗ	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.	УК-1
ТЗ	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. лечебно-профилактическими учреждениями	УК-1
ТЗ	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.	ПК-3, ПК-7, ПК-12
ТЗ	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.	ПК-3, ПК-7, ПК-12
ТЗ	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**.	ПК-3, ПК-7, ПК-12

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

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)
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.run/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. Хубутия, 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 для обучающихся:

Экстремальная медицина: электронное учебное издание / Р. Н. Лемешкин, А. С. Гоголевский, А. Ж. Черный, В. А. Блинов, А. А. Черный, Д. М. Данилов. — Санкт-Петербург: ВМедА им. С. М. Кирова МО РФ, 2017 // ВМеДА им. С. М. Кирова МО РФ: [сайт]. — URL: http://www.extmed.ru

7.2. Учебно-методические материалы для преподавателей:

1. Методические материалы по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций» для специальности ординатуры 31.08.28 Гастроэнтерология
2. Креативная Медицина чрезвычайных ситуаций 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

3. 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
4. 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

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология 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 31.08.28 Гастроэнтерология.

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.

Приложение № 1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«**МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»**

Специальность ординатуры	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-гастроэнтеролог»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине **«МЕДИЦИНА ЧРЕЗВЫЧАЙНЫХ СИТУАЦИЙ»**

1. В результате изучения программы дисциплины у обучающегося формируются следующие компетенций: УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Организация Единой государственной системы предупреждения и ликвидации последствий чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера	УК-1, ПК-3	ТЗ, КВ
Раздел 2. Тема 1. Задачи, структура службы медицины катастроф и основные принципы ее деятельности в чрезвычайных ситуациях	УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12	КВ, ТЗ
Раздел 2. Тема 2 Гражданская оборона Российской Федерации. Медицинские силы гражданской обороны здравоохранения Российской Федерации.	УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12	КВ, ТЗ
Раздел 2. Тема 3 Медико-тактическая характеристика чрезвычайных ситуаций природного и техногенного характера. Основные принципы и способы защиты населения в чрезвычайных ситуациях	ПК-3, ПК-7, ПК-12	КВ, ТЗ
Раздел 2. Тема 4. Основы организации медицинского обеспечения населения в чрезвычайных ситуациях мирного времени	ПК-3, ПК-7, ПК-12	КВ, ТЗ
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.	УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12	КВ, ТЗ

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

Универсальная компетенции – УК-1

Код и название компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	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 (Раздел 1. № 1-12; Раздел 2. № 18-77) и ТЗ (Раздел 1. № 1-17 Раздел 2. № 18-133
	Умеет: - находить и обрабатывать и передавать информацию , анализировать и прогнозировать причинно-следственные связи предметов и процессов Владеет: - навыками сбора, обработки и передачи информации	Способность эффективно отбирать и систематизировать необходимую информацию и анализировать причинно-следственные связи предметов и процессов	

Профессиональные компетенции – ПК-3, ПК-7, ПК-12

Код и наименование компетенций	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
Вид профессиональной деятельности – Профилактическая деятельность		
ПК-3 Готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	**Знает:** -эпидемиологию инфекционных, паразитарных заболеваний, осуществление противоэпидемических мероприятий, защиту населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки и стихийных бедствиях - санитарно-гигиенические требования к устройству, организации и режиму работы инфекционных больниц, отделений, полных боксов, полубоксов и боксированных палат особенности сбора высокопатотогенных биологических материалов; - меры индивидуальной и групповой защиты; - осуществление специфической и неспецифической профилактики инфекционных заболеваний	Для текущего контроля: КВ (Раздел 1. № 1-12; Раздел 2. № 18-77) ТЗ (Раздел 1. № 1-17 Раздел 2. № 18-133) Для промежуточной аттестации: КВ (Раздел 1. № 1-12; Раздел 2. № 18-77) ТЗ (Раздел 1. № 1-17 Раздел 2. № 18-133
	Умеет: -организовывать оказание первичной врачебной и специализированной медико-санитарной помощи, а также специализированной высокотехнологичной медицинской помощи пораженному населению в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; - организовывать проведение санитарно-гигиенических и противоэпидемических мероприятия в очагах поражения; - оценивать химическую и радиационную обстановку - использовать методы организации и проведения радиационной и химической разведки и контроля **Владеет:** - методами организации и проведения радиационной и химической разведки и контроля	
Вид профессиональной деятельности - Лечебная деятельность		
ПК-7 Готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации деятельность	**Знает:** – порядок оказания различных видов медицинской помощи пораженным в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; – способы и средства защиты пациентов, медицинского персонала и имущества медицинских организаций в чрезвычайных ситуациях; – основные принципы оказания первой медицинской помощи; – виды травм, ранений и способы их лечения; – алгоритмы оказания первой медицинской помощи; – алгоритм проведения сердечно-легочной реанимации, – средства оказания первой медицинской помощи **Умеет:** – выполнять свои функциональные обязанности при работе в составе формирований и учреждений службы медицины катастроф; – использовать медицинские средства защиты; – проводить диагностику неотложных состояний. – оценить состояние пострадавшего; - оказать требуемую медицинскую помощь; - транспортировать пострадавшего при необходимости; - применять средства оказания первой медицинской помощи – выполнять порядок проведениям лечебно-эвакуационных, санитарногигиенических и противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных	Для текущего контроля: КВ (Раздел 2. № 18-77) ТЗ (Раздел 2. № 18-133) Для промежуточной аттестации: КВ (Раздел 2. № 18-77) ТЗ (Раздел 2. № 18-133)

	ситуациях мирного и военного времени; - использовать методы первой помощи при клинической смерти, острых нарушениях проходимости верхних дыхательных путей, наружном кровотечении, скелетной, ожоговой, электро и холодовой травме, судорожном синдроме; **Владеет:** Порядком проведениям лечебно-эвакуационных, санитарногигиенических и противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; - методами 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.	
Вид профессиональной деятельности - организационно-управленческая		
ПК-12 Готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	**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; **Умеет:** - осуществлять сортировку пораженных лиц при чрезвычайных ситуациях; - использовать средства защиты; - использовать методы оценки медико-тактической обстановки в очагах поражения; - применять последовательность оказания первой медицинской помощи; **Владеет:** -методами оценки медико-тактической обстановки в очагах поражения. -последовательностью оказания первой медицинской помощи; - порядком действий во нештатных ситуациях; - порядком вызова скорой медицинской помощи..	Для текущего контроля: Для текущего контроля: КВ (Раздел 2. № 18-77) ТЗ (Раздел 2. № 18-133) Для промежуточной аттестации: КВ (Раздел 2. № 18-77) ТЗ (Раздел 2. № 18-133

3. Критерии оценивания показателей при <u>текущем контроле</u>:

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	Проверяемые компетенции

		материалы	
Промежуточная аттестация № 2			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК1, ПК-3, ПК-7, ПК-12
2 этап	собеседование	КВ	УК1, ПК-3, ПК-7, ПК-12

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 30% успешные ответы на вопросы.	Более 71%

Критерии оценки сформированности компетенции на текущем этапе обучения

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компетенции (её части)
УК-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
ПК-3, ПК-7, ПК-12	
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 компетенции – **УК-1, ПК-3**

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 компетенции – **УК-1, ПК-3**

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 планово 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 компетенции – **УК-1, ПК-3**

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 компетенции – **УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12**

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 поражённых, первичная врачебная медико-санитарная помощь (первая врачебная помощь);
г) За 10 часов 50 поражённых, первичная врачебная медико-санитарная помощь (первая врачебная помощь);
д) За сутки работы – 150 поражённых, 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 санитара, 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) Приёмно-сортировочное, отделение специальной обработки, операционно-перевязочное, госпитальное, эвакуационное отделения;
г) Приёмно-эвакуационное, отделение ЧСО, хирургическое, госпитальное, лабораторно-диагностическое отделения;
д) Приёмно-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 компетенции – **УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12**

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 компетенции – **УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12**

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 нештатные 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 компетенции – **УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12**

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 проводиться 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 компетенции – **УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12**

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 зашиты, 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 компетенции – **УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12**

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 проводиться 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 компетенции – **УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12**

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 мероприятии, 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) санитарами 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) внутрипунктовую;

г) групповую;

д) эвакуационно-транспортную;

е) по предназначению.

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 мероприятия 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 мочевыделения;

г) отсечение конечности, висящей на кожном лоскуте;

д) околораневое 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. Преемственность 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 компетенции – **УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12**

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 проводиться организация массового приема инфекционных и подозрительных на инфекционное заболевание больных?
7. Как проводиться организация массового приема инфекционных и подозрительных на инфекционное заболевание больных?
8. Как осуществляется организация работы медицинской организации при угрозе террористического акта?

Тестовые задания

Проверяемые компетенции – **УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12**

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 компетенции – **УК-1, ПК-3, ПК-7, ПК-12**

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. Кокова организация ГО в МинздравеРФ?
41. Разъясните ведение ГО в МинздравеРФ?
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 проводиться 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 проводиться 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 проводиться организация массового приема инфекционных и подозрительных на инфекционное заболевание больных?
76. Как проводиться организация массового приема инфекционных и подозрительных на инфекционное заболевание больных?
77. Как осуществляется организация работы медицинской организации при угрозе

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)

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине **«Медицина чрезвычайных ситуаций»**

ординатура по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Медицина чрезвычайных ситуаций» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры организации, управления и экономики здравоохранения.

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)

1.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), теснуюувязку 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 бытькратким 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.

Организующая 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 иобзорная.

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 настимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). Вконце 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 трояким 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 кдоказательству, 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 болеераспространена 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.

2. 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 обучающийся.

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 обучающихся 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.

3.МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

3.1 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.

3.2 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. Прочесть 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 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 «∅» 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 (х) в качестве знака умножения ставиться:

–при указании размеров: 4,5х3 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.

Приложение

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 31.08.28 Гастроэнтерология
направленность Гастроэнтерология
Научный руководитель:
_____
(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Санкт-Петербург
2023

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.

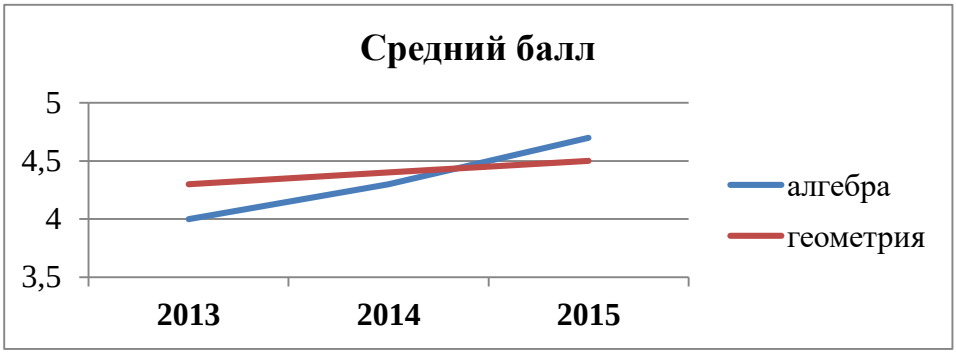


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

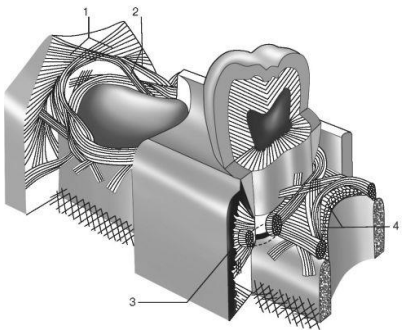


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	**ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ** (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.28 Гастроэнтерология** (код специальности и наименование)
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.)**

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» дисциплины разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- 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

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Общественное здоровье и здравоохранение» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры организации, управления и экономики здравоохранения «02» ноября 2023г., протокол №3.

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 «28» ноября 2023 г., протокол № 13 /2023.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Рабочая программа сформирована с учетом положений профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог» в части освоения трудовой функции А/06.8 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 Блока 1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

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) и профессиональных (ПК) компетенций:

Универсальные компетенции

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-2 Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	**Знает:** - основы медицинской психологии; - психологию личности; - основы возрастной психологии и психологии развития; - основы социальной психологии; - этические и деонтологические нормы **Умеет:** - брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий; - принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность; - вести переговоры и межличностные беседы **Владеет:** - навыком соблюдения этических и деонтологических нормь в общении с коллегами, средним и младшим персоналом, пациентами и их родственниками; способностью четко и ясно изложить и аргументировать свою позицию	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или)	**Знает:** - основные мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания **Умеет:** - организовывать и проводить мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	обитания **Владеет:** - принципами формирования здорового образа жизни и мер первичной профилактики заболеваний человека	
ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	**Знает:** - цели, задачи и принципы профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, диспансерного наблюдения, порядок взаимодействия с представителями других специальностей **Умеет:** - организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию населения **Владеет:** - навыками анализа основных показателей здоровья населения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	**Знает:** - структуру причин и уровни смертности от онкологических заболеваний; -показатели заболеваемости и инвалидности; - статистику состояния медицинской помощи населению РФ; - вопросы организации медицинской помощи населению; -принципы работы МО; - правовые вопросы российского здравоохранения **Умеет:** - давать оценку основным статистическим и демографическим показателям, характеризующим состояние здоровья населения; - применять статистические методы обработки данных и интерпретировать полученные результаты; -использовать информацию о состоянии медицинской помощи населению и деятельности МО **Владеет:** - методиками исследования здоровья населения, сбора, обработки и анализа статистической информации .	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	**Знает:** - подходы к формированию у пациентов и членов их семей знаний, необходимых для контроля и управления своим здоровьем **Умеет:** - организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию населения - обеспечить пациентов и членов их семей информацией, необходимой для контроля и управления своим здоровьем **Владеть:**	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

	- навыками разъяснения пациентам и членам их семей принципов диетотерапии, физической активности	
ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	**Знает:** - Законодательство Российской Федерации в области трудовых отношений, - Локальные номенклатурные акты учреждения, - принципы организации медицинской помощи **Умеет:** - организовать работу медицинской организации, ее структурных подразделений и специалистов **Владеть:** - применением требований нормативных правовых актов в области профессиональных стандартов, менеджмента медицинской помощи	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	**Знает:** - Законодательство Российской Федерации в области здравоохранения, - Локальные нормативные акты медицинской организации, - порядки оказания и стандарты медицинской помощи населению РФ **Умеет:** - организовать работу медицинской организации, ее структурных подразделений и специалистов **Умеет:** - оценивать качество медицинской помощи **Владеть:** - применением требований нормативных правовых актов в сфере организации медицинской помощи и мед. статистики в медицинских организациях	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.)*		**28**	28

***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					
Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ	2	4	8	14	7
Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения.	-	4	8	12	4
Раздел 3. Биостатистика.	2	4	8	14	4
Раздел 4. Экспертиза нетрудоспособности	-	4	6	10	4
Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.	2	4	6	12	4
Раздел 6. Кадровое обеспечение здравоохранения.	-	4	6	10	5
ИТОГО в час.	**6**	**24**	**42**	**72**	**28**

****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 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	1	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.	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-9, ПК-10	Мультимедийная презентация	ТЗ, КВ
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. Анализ ассоциаций, оценка корреляций, корреляционные плеяды. Регрессия. Кластерный и дискриминантный анализы. Факторный анализ.	ПК-4, ПК-10	Мультимедийная презентация	ТЗ, КВ
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.	УК-2, ПК- 4, ПК-10, ПК-11	Мультимедийная презентация	ТЗ, КВ
ИТОГО в час.		**6**	**1**				

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат.*

4.4. Тематический план занятий семинарского типа – практических занятий

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП в час.	Краткое содержание занятия	Перечень 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	4	Краткое содержание занятия Организация амбулаторно-поликлинической и стационарной помощи населению. Организация санитарно-эпидемиологической службы. Организация медицинских осмотров и диспансеризации **Практическая подготовка**:** Организация работы ФАП	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-9, ПК-10	ТЗ, КВ
Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения							
Тема 2.1	семинар	Здоровье населения и методы его изучения	4	2	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.	ПК-1, ПК-4, ПК-10	ТЗ, КВ
Раздел 3 Биостатистика							
Тема 3.1	семинар	Биостатистика	4	2	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,	УК-2, ПК-1, ПК-4, ПК-10, ПК-11	ТЗ, КВ

					корреляционные плеяды. Регрессия. Кластерный и дискриминантный анализы. Факторный анализ.		
Раздел 4. Экспертиза нетрудоспособности							
Тема 4.1	семинар	Экспертиза нетрудоспособности	4	2	Порядок оформления документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность. Порядок выдачи документов, удостоверяющих временную нетрудоспособность граждан.	ПК-4, ПК-10, ПК-11	ТЗ, КВ
Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.							
Тема 5.1	семинар	Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.	4	2	Компоненты и показатели качества медицинской помощи. Организация контроля качества медицинской помощи. Медицинская статистика.	УК-2, ПК- 4, ПК-10, ПК-11	ТЗ, КВ
Раздел 6. Кадровое обеспечение здравоохранения							
Тема 6.1	семинар	Кадровое обеспечение здравоохранения	4	2	Управление здравоохранением в РФ. Структура подготовки медицинских кадров в России. Аккредитация и аттестация специалистов. Последипломное образование (повышение квалификации, переподготовка). Профессиональные общественные организации. Объединения работодателей.	УК-2, ПК-10	ТЗ, КВ
ИТОГО в час.			**24**	**14**			

* ***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.*

4.5. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	Содержание самостоятельной работы	Перечень 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-2, ПК-2, ПК-9, ПК-10	КВ
2	Работа с тестами и контрольными вопросами для самопроверки.	10	Решение тестовых заданий и подготовка ответов на контрольные вопросы	УК-2, ПК-2, ПК-4, ПК-9, ПК-10	КВ
3	Работа с учебной и научной литературой.	12	Подготовка реферативной работы	УК-2, ПК-4,ПК-11	КВ
4	Самостоятельная проработка отдельных тем учебной дисциплины в соответствии с учебным планом.	4	Подготовка ответов на контрольные вопросы	УК-2, ПК-4, ПК-11	КВ
ИТОГО в час.		**42**	**Из них на ПП – 13 час.**		

**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
Текущий контроль	Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ	6	6
	Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения.	50	6
	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

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине для промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции
УК-2 Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	ТЗ, КВ
ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	ТЗ, КВ
ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	ТЗ, КВ
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	ТЗ, КВ
ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ТЗ, КВ
ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	ТЗ, КВ
ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	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 компетенции
ТЗ	В структуре причин временной нетрудоспособности в России в настоящее время первое ранговое место принадлежит: a) злокачественным новообразованиям; b) болезням системы кровообращения; c) инфекционным и паразитарным болезням; d) травмам и отравлениям; e) **болезням органов дыхания.**	ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях
КВ	Процедурой, осуществляющей допуск к профессиональной деятельности после успешного освоения программы ординатуры, является	ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания.*

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по дисциплине представлены в *Приложение 1* к рабочей программе.

6. **ХАРАКТЕРИСТИКА ИНФОРМАЦИОННО-ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙСРЕДЫ**

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)
КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (https://cyberleninka.ru)
Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

1.2 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. Семеновой 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. Благонравова [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. Владзимирский, 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

10. 7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕДИСЦИПЛИНЫ

7.1 Учебно-методические материалы* для обучающихся

Учебное пособие Конради А.О. «Определения понятия ценностной медицины и основные принципы реализации концепции»
Учебное пособие Конради А.О. «Методология оценки результата медицинской помощи»
Учебное пособие Ищук Т.Н. «Типы предпринимательских фирм»
Учебное пособие Кашеринов Ю.Р. «Экспертиза качества медицинской помощи»

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

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.

- Необходимый для реализации программы ординатуры перечень материально-технического и учебно-методического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:
- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованные специализированной мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочим учебным программам дисциплин;
- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа - укомплектованные специализированной (учебной) мебелью, 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 в электронную информационно-образовательную среду организации;
- аудитории, 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;
- аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

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 31.08.28 Гастроэнтерология.

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.

Приложение №1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ОБЩЕСТВЕННОЕ ЗДОРОВЬЕ И ЗДРАВООХРАНЕНИЕ»

Специальность ординатуры	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация (степень) выпускника:	«**Врач-гастроэнтеролог»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП**:**	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

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	УК-2, ПК-1, ПК-2, ПК-9, ПК-10	ТЗ, КВ
Раздел 2. Здоровье населения и методы его изучения.	ПК-1, ПК-4	ТЗ, КВ
Раздел 3. Биостатистика.	УК-2, ПК-1, ПК-4, ПК-10	ТЗ, КВ
Раздел 4. Экспертиза нетрудоспособности	ПК-1, ПК-4	ТЗ, КВ
Раздел 5. Контроль качества медицинской помощи. Медицинская статистика.	УК-2, ПК- 4, ПК-10, ПК-11	ТЗ, КВ
Раздел 6. Кадровое обеспечение здравоохранения.	УК-2, ПК-10	ТЗ, КВ

* виды оценочных средств: контрольные вопросы (КВ), тестовые задания (ТЗ), доклад(Д)

1. Описание показателей и критериев оценивания компетенций в результате изучения дисциплины

Универсальные компетенции

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-2 Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	**Знает:** - основы медицинской психологии; - психологию личности; - основы возрастной психологии и психологии развития; - основы социальной психологии; - этические и деонтологические нормы **Умеет:** - брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий; - принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность; - вести переговоры и межличностные беседы **Владеет:** - навыком соблюдения этических и деонтологических нормь в общении с коллегами, средним и младшим персоналом, пациентами и их родственниками; способностью четко и ясно изложить и аргументировать свою позицию	Для текущего контроля: ТЗ, КВ, Р. Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни,	**Знает:** - основные мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания **Умеет:** - организовывать и проводить мероприятия, направленные на укрепление здоровья, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	**Владеет:** - принципами формирования здорового образа жизни и мер первичной профилактики заболеваний человека	
ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	**Знает:** - цели, задачи и принципы профилактических медицинских осмотров и диспансеризации, диспансерного наблюдения, порядок взаимодействия с представителями других специальностей **Умеет:** - организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию населения **Владеет:** - навыками анализа основных показателей здоровья населения	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	**Знает:** - структуру причин и уровни смертности от онкологических заболеваний; -показатели заболеваемости и инвалидности; - статистику состояния медицинской помощи населению РФ; - вопросы организации медицинской помощи населению; -принципы работы МО; - правовые вопросы российского здравоохранения **Умеет:** - давать оценку основным статистическим и демографическим показателям, характеризующим состояние здоровья населения; - применять статистические методы обработки данных и интерпретировать полученные результаты; -использовать информацию о состоянии медицинской помощи населению и деятельности МО **Владеет:** - методиками исследования здоровья населения, сбора, обработки и анализа статистической информации .	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	**Знает:** - подходы к формированию у пациентов и членов их семей знаний, необходимых для контроля и управления своим здоровьем **Умеет:** - организовывать и проводить профилактические медицинские осмотры и диспансеризацию населения - обеспечить пациентов и членов их семей информацией, необходимой для контроля и управления своим здоровьем **Владеть:** - навыками разъяснения пациентам и членам их семей принципов диетотерапии, физической активности	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ
ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	**Знает:** - Законодательство Российской Федерации в области трудовых отношений, - Локальные номенклатурные акты учреждения, - принципы организации медицинской помощи **Умеет:** - организовать работу медицинской организации, ее структурных подразделений и специалистов **Владеть:** - применением требований нормативных правовых актов в области профессиональных стандартов, менеджмента медицинской помощи	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	**Знает:** - Законодательство Российской Федерации в области здравоохранения, - Локальные нормативные акты медицинской организации, - порядки оказания и стандарты медицинской помощи населению РФ **Умеет:** - организовать работу медицинской организации, ее структурных подразделений и специалистов **Умеет:** - оценивать качество медицинской помощи **Владеть:** - применением требований нормативных правовых актов в сфере организации медицинской помощи и мед. статистики в медицинских организациях	Для текущего контроля: ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

2. 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.

3. 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

Раздел 1. Организация медицинской помощи в РФ

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – УК-2, ПК-2, ПК-9, ПК-10)
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 – УК-2, ПК-2, ПК-9, ПК-10)

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-2, ПК-4, ПК-10)

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-2, ПК-4, ПК-10)

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, страдающих каким-либо хроническим заболеванием
ж) Населения в целом, отдельные возрастно-половые группы населения и больные, страдающих каким-либо хроническим заболеванием, каждого житель 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

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 – ПК-1, ПК-4, ПК-11)
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 – ПК-1, ПК-4, ПК-11)

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
    а) исправить ошибки в измерениях
    б) провести статистическое оценивание
    в) выполнить проверку гипотез

г) провести статистическое моделирование

35. Статистические результаты, как правило
    а) точные
    б) вероятностные
    в) невозможно описать
    г) не встречаются в жизни

36. В статистическом анализе наиболее важно
    а) уметь корректно поставить задачу исследования, выбрать нужный метод
    б) освоить современный инструмент компьютерного анализа
    в) знать формулы расчета
    г) завуалировать недостатки данных

37. Что означает репрезентативность выборки
    а) идет сравнение «собак с кошками»
    б) однородность выборки
    в) выборка отражает свойства основной совокупности (данные извлечены случайным образом)
    г) исследование проспективное

38. Выборка является репрезентативной, если
    а) она отражает свойства основной совокупности, то есть данные случайно (равновероятно) извлечены из совокупности
    б) если содержит только качественные признаки
    в) если относится к социально-гигиеническим исследованиям
    г) если состоит только из клинических наблюдений

39. От чего зависит выбор статистического критерия
    а) от типа признака и вида исследования
    б) от возможности исследователя
    в) от знаний руководителя
    г) от настроения и времени года

40. Нулевая гипотеза
    а) принимается в статистике в качестве рабочей гипотезы
    б) принимается в качестве альтернативной гипотезы
    в) имеет большую вероятность
    г) имеет малую вероятность

41. Нулевая гипотеза
    а) предполагает, что различия статистически значимы
    б) стандартизует один из признаков, присваивая ему нулевое значение
    в) это отсутствие всяческих предположений
    г) 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 ±σ попадает 68% значений признака
   в) в интервал ±2σ попадает 95% значений признака
   г) оно асимметрично

Раздел 4. Экспертиза нетрудоспособности.

Контрольные вопросы (проверяемые индикаторы компетенции – ПК-4, ПК-10, ПК-11)
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 – ПК-4, ПК-10, ПК-11)

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 – ПК-1, П-4, ПК-10, ПК-11)

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 – ПК-1, П-4, ПК-10, ПК-11)

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 паталогоанатомических 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 – ПК-4, ПК-10, ПК-11)
37. Цели и задачи государства в области кадровой политики здравоохранении.
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 – ПК-4, ПК-10, ПК-11)

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
(УК-2, ПК-1, ПК-2, П-4, ПК-9, ПК-10, ПК-11)

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 сохранении 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 подлежит 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) частостью
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 показателями 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 ущербов 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 ущербов 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. Основной персональный кадровый документ …
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)

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение»

ординатура по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Общественное здоровье и здравоохранение» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры организации, управления и экономики здравоохранения «10» мая 2023 г., протокол № 2.

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)

1. 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), теснуюувязку 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 ивызывать 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 бытькратким 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.

Организующая 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 иобзорная.

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. Этосамый 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 трояким 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 и т.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, чтоознакомление 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 обучающихсяна лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

2. 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 обучающийся.

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 обучающихся 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.

3.МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

3.1 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.

3.2 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. Прочесть 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, 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 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 «∅» 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 (х) в качестве знака умножения ставиться:

–при указании размеров: 4,5х3 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.

Приложение

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 31.08.28 Гастроэнтерология
направленность Гастроэнтерология
Научный руководитель:
_____
(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Санкт-Петербург
2023

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.

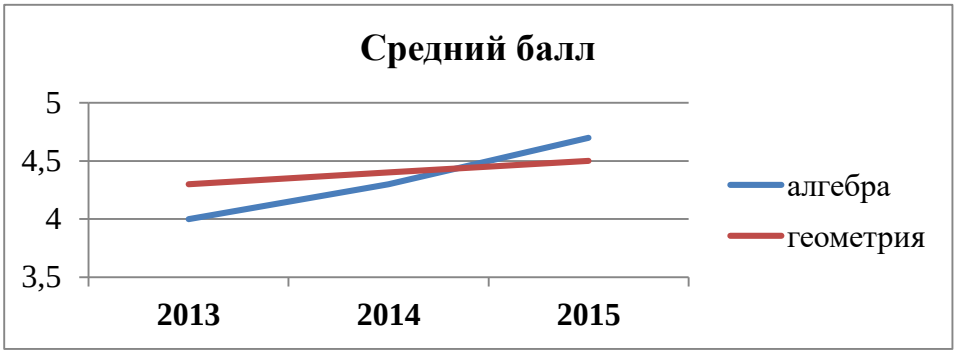


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

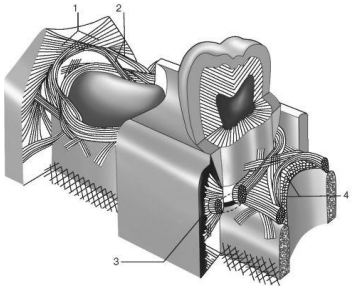


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	**ПАТОЛОГИЯ**
	(наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.28 Гастроэнтерология**
	(код специальности и наименование)
Факультет	**Лечебный факультет**
	(наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра патологической анатомии; Кафедра патологической физиологии**
	(наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**1**
Занятия лекционного типа	**14 час.**
Занятия семинарского типа	**4 час.**
Всего аудиторной работы	**18 час.**
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	**54 час.**
Форма промежуточной аттестации	**зачет**
Общая трудоемкость дисциплины	**72/2 (час. /зач. ед.)**

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа «Патология» дисциплины разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- 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

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Патология» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры патологической физиологии «03» ноября 2023 г., протокол № 8 и кафедры патологической анатомии «17» ноября 2023г., протокол № 6.

СОГЛАСОВАНО:

Рабочая программа дисциплины «Патология» рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава
России «28» ноября 2023 г., протокол № 13 /2023.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

В дисциплине «Патология» включены основные образовательные технологии. Рабочая программа по данной дисциплине «Патология», по специальности - 31.08.28 Гастроэнтерология 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 последипломной 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, неонатология и 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 «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» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана по специальности 31.05.01 Лечебное дело.

Дисциплина обеспечивает изучение последующих практик учебного плана:

- «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)».

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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

Универсальные компетенции

Код и наименование компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*,
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - основы и принципы анализа, синтеза, формальной логики. - основные современные научные достижения патологической анатомии и патологической физиологи и базовые естественнонаучные понятия для описания особенностей развития и протекания патологического процесса; - фундаментальные подходы анализа полученной информации и диагностические методы в области медицины.	Для текущего контроля: КВ, КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - применять основы абстрактного мышления, логики и анализа, принципы ведения дискуссий; - применять общие принципы анализа и диагностические методы для решения профессиональных задач. Владеет: - навыком абстрактно мыслить, дискутировать, полемизировать	Для текущего контроля: КВ, КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

Профессиональные компетенции

Код и наименование компетенций	Результаты обучения (показатели оценивания)	Оценочные средства*,
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знает: - стандарты морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, современные классификации заболеваний; основы патологических процессов, причины, основные механизмы развития и исходов патологических процессов, нарушений функций органов и систем, основные принципы патоморфологической диагностики;	Для текущего контроля: КВ, КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: -интерпретировать изменения, выявленные при морфологическом анализе биопсийного, операционного и секционного материала; - работать с медицинской документацией, диагностировать основные патологические процессы с использованием современных методик; применять научную методологию в изучении медико-биологических явлений для решения профессиональных задач Владеет: навыками работы с биопсийным, операционным и секционным материалом	Для текущего контроля: КВ, КЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания, 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		**14**	14
Занятия семинарского типа		**4**	4
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)		**54**	54
Промежуточная аттестация – **зачет**		-	-
Общая трудоемкость дисциплины	**часы**	**72**	72
	зач. ед.	**2**	2
Из них на практическую подготовку		**28**	**28**

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 Раздел № 1 Патологическая анатомия					
Тема 1. Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.	2	-	7	9	3,5
Тема 2. Танатогенез. Оформление истории болезни в случае смерти пациента	2	-	7	9	3,5
Тема 3. Правила формулировки посмертного клинического диагноза.	2	-	7	9	3,5
Тема 4. Правовые основы работы патологоанатомической службы.	2	-	7	9	3,5
Итого по Разделу 1	**8**		**28**	**36**	**14**
Курс 1 Раздел № 2 Патологическая физиология					
Тема 1. Патофизиология заболеваний сердечно-сосудистой системы.	2	4	9	15	6
Тема 2. Патофизиология метаболического синдрома. Механизмы и причины нарушения обменных процессов в организме.	2	-	8	11	4
Тема 3. Патофизиология тканевого(опухолевого) роста. Значение причинно-следственной связи приводящие к опухолевой атипий и онкогенезу.	2	-	9	10	4
Итого по Разделу 2	**6**	**4**	**26**	**36**	**14**
ИТОГО	**14**	**4**	**54**	**72**	**28**

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства *
Курс 1 Раздел № 2 Патологическая анатомия – 8 час.						
1	Тема 1. Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.	2	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, ПК-5	мультимедийная аппаратура, презентации	ТЗ
2	Тема 2. Танатогенез. Оформление истории болезни в случае смерти пациента	2	Краткое содержание занятия 1. Понятие танатогенеза и оформление танатологического заключения в посмертном эпикризе 2. Действия врача в случае смерти пациента.	УК-1, ПК-5	мультимедийная аппаратура, презентации	ТЗ
3	Тема 3. Правила формулировки посмертного клинического диагноза.	2	Краткое содержание занятия 1. Оформление посмертного клинического диагноза. 2. Правила сличения клинического и патологоанатомического диагнозов	УК-1, ПК-5	мультимедийная аппаратура, презентации	ТЗ
4	Тема 4. Правовые основы работы патологоанатомической службы.	2	Краткое содержание занятия 1. Уровни разбора клинического случая болезни и смерти. 2. Правовые основы работы врача-патологоанатома.	УК-1, ПК-5	мультимедийная аппаратура, презентации	ТЗ
Курс 1 Раздел № 2 Патологическая физиология - 6 час.						
1	Тема 1. Этиология, патогенез, классификация и принципы диагностики сердечной недостаточности.	2	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, ПК-5	мультимедийная аппаратура, презентации	ТЗ, КВ, КЗ
2	Тема 2. Причины и механизмы нарушений энергетического обмена. Понятие «Метаболический синдром» (МС). Сахарный диабет (СД).	2	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, ПК-5	мультимедийная аппаратура, презентации	ТЗ, КВ, КЗ
3	Тема 3. Современные подходы интерпретации и выявления тканевого (опухолевого) роста.	2	Краткое содержание занятия 1. Определение и эпидемиология тканевого(опухолевого) роста.	УК-1, ПК-5	мультимедийная аппаратура, презентации	ТЗ, КВ, КЗ

	Значение причинно-следственной связи приводящие к опухолевой атипий или к онкогенезу. Механизмы влияния опухоли на организм.		2. Классификация и стадия тканевого атипизма. 3. Этиология и патогенез. 4. Механизмы влияния опухоли на организм.			
ВСЕГО		**14**				

**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 компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля **
Курс 1 Раздел № 2 Патологическая физиология							
Тема 1	Научно-практическое занятие	Острая и хроническая сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация и принципы диагностики.	4	4	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 **Практическая подготовка**:** Виды работ, связанных с будущей профессиональной деятельностью: Алгоритм анализа электрокардиограм при патологии сердечно-сосудистой системы, и решение ситуационных задач.	УК-1, ПК-5	КВ, КЗ
ИТОГО в Разделе № 2			**4**	4			
ВСЕГО			**4**	4			

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

** ***Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы*

.

4.4. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Кол-во час.	из них на ПП	Содержание самостоятельной работы	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства*
Раздел № 1						
1.	Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.	7	2	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, ПК-5	ТЗ
2.	Танатогенез. Оформление истории болезни в случае смерти пациента	7	2	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, ПК-5	ТЗ
3.	Правила формулировки посмертного клинического диагноза	7	2	Определение диагноза. Правила построения диагноза. Определение «основного заболевания», «осложнений», «сопутствующих заболеваний». Комбинированные заболевания. Принцип кодирования по МКБ-10	УК-1, ПК-5	ТЗ
4.	Правовые основы работы патологоанатомической службы.	7	4	Сличение патологоанатомического и клинического диагнозов, категории расхождения. Понятия «врачебной ошибки», «несчастного случая» и пр.	УК-1, ПК-5	ТЗ
Итого по Разделу № 1		**28**	10			
Раздел № 2						
1	Острая и хроническая сердечная недостаточность. Этиология, патогенез, классификация и принципы диагностики.	9	6	Причины и механизмы острой сердечной смерти. Признаки и принципы диагностики. Алгоритм анализа электрокардиограм и решение ситуационных задач.	УК-1, ПК-5	ТЗ, КВ, КЗ
2	Причины и механизмы нарушений энергетического обмена. Понятие «Метаболический синдром» (МС). Сахарный диабет (СД)	8	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, ПК-5	ТЗ, КВ, КЗ
3	Современные подходы интерпретации и выявления тканевого(опухолевого) роста. Значение причинно-следственной связи приводящие к опухолевой	9	4	Причины и механизмы развития злокачественных опухолей. Признаки и принципы диагностики злокачественных опухолей. Алгоритм анализа гемограмм и решение ситуационных задач.	УК-1, ПК-5	ТЗ, КВ, КЗ

	атипий или к онкогенезу. Механизмы влияния опухоли на организм.					
Итого по Разделу № 2		**26**	**14**	**** Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные задания*		
Всего:		**54**	**28**			

**** Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, КЗ-контрольные 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. 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	
		КВ	КЗ
	Раздел № 2 Патологическая физиология	30	10
ИТОГО		30	10

КВ – контрольные вопросы, КЗ – контрольные задания

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине при промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции
Раздел №1	ТЗ к разделу 1 :
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	ТЗ № 1-32
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	ТЗ № 1-32
Раздел № 2	ТЗ к разделу 2:
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	ТЗ № 1-125
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	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 контроля, прошедших полный цикл обучения.

Аттестация проводится в виде теста. Тестовая база содержит 157 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
Раздел №1		
ТЗ	**Этические нормы врача-патологоанатома определяются:** 1. Умениями и навыками 2. Законами и приказами 3. Этническими особенностями региона 4. Моральной ответственностью врача перед обществом 5. Умениями и навыками; Законами и приказами Ответ: 4	УК-1
ТЗ	**Отмена вскрытия, по приказам Минздрава, не должна разрешаться в случаях:** 1. Пребывания больного в лечебно-профилактическом учреждении менее суток 2. Подозрения на насильственную смерть и наличия инфекционных заболеваний 3. Неясного прижизненного диагноза (независимо от срока пребывания в больнице) и после проведения диагностических и лечебных мероприятий, явившихся причиной смерти больного 4. 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 5. Подозрения на насильственную смерть и наличия инфекционных заболеваний; Неясного прижизненного диагноза Ответ: 4	ПК-5
ТЗ	**На клинико-патологоанатомической конференции обсуждают:** 1. Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагноза основного заболевания 2. Редкие наблюдения, необычно протекающие заболевания, случаи лекарственной патологии 3. Случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств 4. 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 5. Случаи расхождения клинического и патологоанатомического диагноза основного заболевания; Случаи смерти больных после хирургических, диагностических и терапевтических вмешательств Ответ: 4	ПК-5
Раздел № 2		
ТЗ	**Укажите патологические процессы, сопровождающиеся местной недостаточностью кровообращения**: 1. Хроническая сердечная недостаточность. 2. Ишемия и венозная гиперемия.	УК-1

	3. Ортостатический коллапс. 4. Геморрагический шок. Ответ: 2	
ТЗ	**Укажите ведущие патогенетические факторы диабетической кардиомиопатии:** 1. Инсулинорезистентность и гипергликемия. 2. Жировая инфильтрация. 3. Инфильтрация клетками воспаления. 4. Гиперволемия. Ответ: 1	ПК-5
ТЗ	**Какие эндогенные вещества могут оказывать канцерогенное действие:** 1. Эстрадиол. 2. Билирубин. 3. Инсулин. 4. Фосфолипиды. Ответ: 1	ПК-5

***Оценочные средства:** ТЗ-тестовые задания*

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)
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. 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
2. Патофизиология (общая и клиническая патофизиология): В 2 т. Т. I: Учебник / [Г.В. Порядин 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
3. 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: ttps://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970449264.html
4. Клиническая патология / под ред. Паукова В. С. - Москва: Литтерра, 2018. - - Текст : электронный // URL : https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785423502614.html

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. Патофизиология: 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. Методическое материалы по дисциплине «Патология» для специальности 31.08.28 Гастроэнтерология / Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2023.

7.2. Учебно-методические материалы расположены на образовательном портале https://moodle.almazovcentre.ru/course/view.php?id=523

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Патология» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология 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 31.08.28 Гастроэнтерология.

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.

Приложение № 1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ПАТОЛОГИЯ»

Специальность ординатуры:	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация (степень) выпускника:	«**Врач-гастроэнтеролог»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП**:**	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине **«ПАТОЛОГИЯ»**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции или ее части	Наименование оценочного средства *
Раздел № 1 Патологическая анатомия		
Тема 1. Организация работы патологоанатомического отделения. Прижизненные исследования.	УК-1, ПК-5	ТЗ
Тема 2. Танатогенез. Оформление истории болезни в случае смерти пациента	УК-1, ПК-5	ТЗ
Тема 3. Правила формулировки посмертного клинического диагноза.	УК-1, ПК-5	ТЗ
Тема 4. Правовые основы работы патологоанатомической службы.	УК-1, ПК-5	ТЗ
Раздел № 2 Патологическая физиология		
Тема 1. Патофизиология заболеваний сердечно-сосудистой системы.	УК-1, ПК-5	КВ, КЗ, ТЗ
Тема 2. Патофизиология метаболического синдрома. Механизмы и причины нарушения обменных процессов в организме.	УК-1, ПК-5	КВ, КЗ, ТЗ
Тема 3. Патофизиология тканевого(опухолевого) роста. Значение причинно-следственной связи приводящие к опухолевой атипий и онкогенезу.	УК-1, ПК-5	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**: УК-1, ПК-5

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

Универсальные компетенции

Код и название универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - основы и принципы анализа, синтеза, формальной логики. - основные современные научные достижения патологической анатомии и патологической физиологи и базовые естественнонаучные понятия для описания особенностей развития и протекания патологического процесса; - фундаментальные подходы анализа полученной информации и диагностические методы в области медицины.	Полностью и правильно отвечает на поставленные вопросы.	Для текущего контроля: КВ из раздела 2; КЗ из раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - применять основы абстрактного мышления, логики и анализа, принципы ведения дискуссий; - применять общие принципы анализа и диагностические методы для решения профессиональных задач. Владеет: - навыком абстрактно мыслить, дискутировать, полемизировать	При решении задач использует логику, абстрактное мышление, может сформулировать и аргументировать свою точку зрения.	

Профессиональные компетенции

Название компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знает: - стандарты морфологического анализа биопсийного, операционного и секционного материала, современные классификации заболеваний; 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 раздела 2; КЗ из раздела 2 Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: -интерпретировать изменения, выявленные при морфологическом анализе биопсийного, операционного и секционного материала; - работать с медицинской документацией, диагностировать основные патологические процессы с использованием современных методик; применять научную методологию в изучении медико-биологических явлений для решения профессиональных задач Владеет: навыками работы с биопсийным, операционным и секционным материалом	В ответах широко использует ответах 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 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
Промежуточная аттестация			
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-5

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 № 2. Патологическая физиология

Тема 1. Этиология, патогенез, классификация и принципы диагностики сердечной недостаточности.
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-5)

1. Недостаточность кровообращения. Определение понятия. Виды.
2. Синдром сердечной недостаточности. Классификации 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 компетенции – УК-1, ПК-5)

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 компетенции – УК-1, ПК-5)

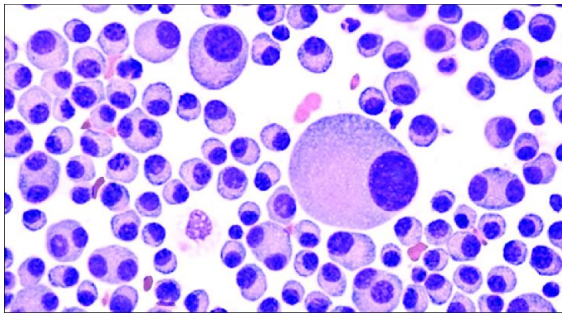
1. Характеристика понятий «опухолевый рост» и «опухоль». Распространённость опухолей.
2. Патогенез опухолевого роста. Сравнительная характеристика доброкачественных и злокачественных опухолей.
3. Атипизм опухоли. Структурный, антигенный, биохимический, функциональный атипизм.
4. Классификация канцерогенных 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) (УК-1, ПК-5):

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 3,2×1012 /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:

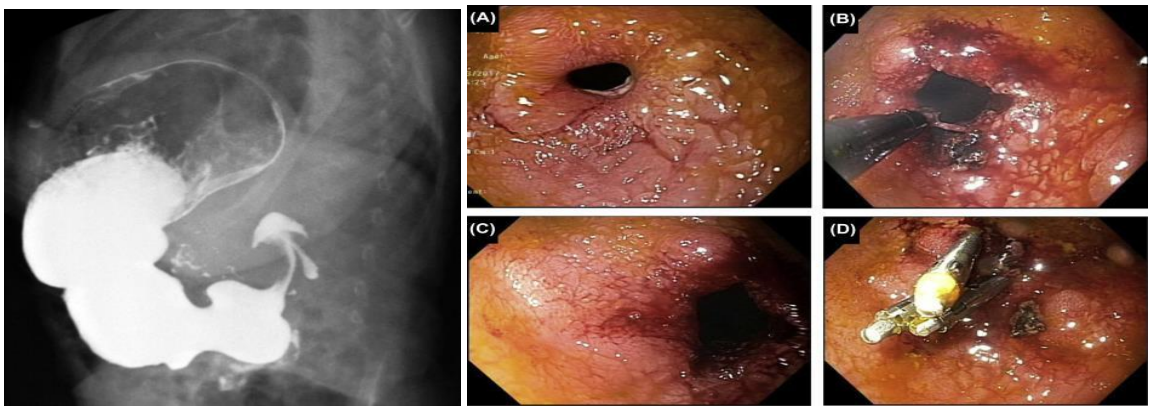
1. Какое нарушение белкового состава крови имеется у данного пациента?
2. Возможное происхождение?
3. Каков предположительный диагноз?
4. Каков патогенез изменений в костной ткани?

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: pH крови = 7,6; pCO2 = 45,9 мм рт. ст., pO2 = 86,3 мм рт. ст., бикарбонат = 43,6 ммоль/л (норма 22-27 ммоль/л), калий – 2,3 ммоль/л.

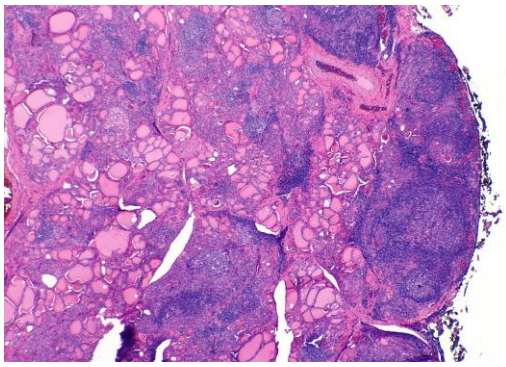


Вопросы:

1. Какой тип расстройства кислотно-основного состояния и какова причина?
2. Как формируется процесс компенсация со стороны почек?
3. Какие пути коррекции возможны?

Задача № 3

У пациентки И. 30 лет, биохимическое исследование крови показало, что значение холестеринового 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.



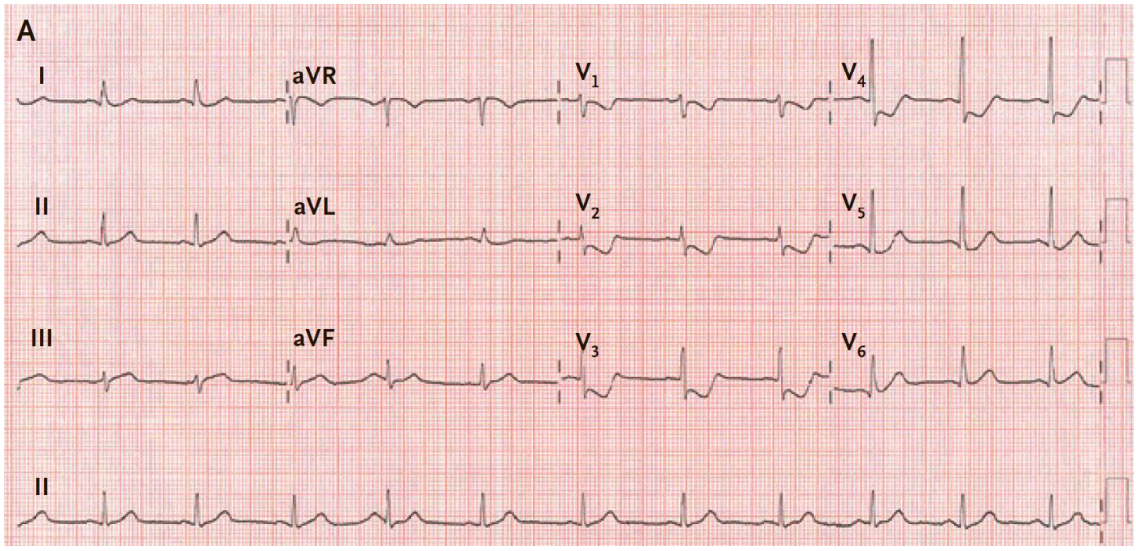


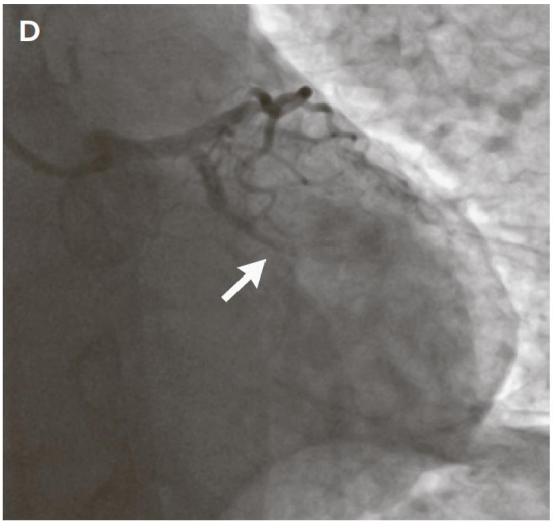
Вопросы:

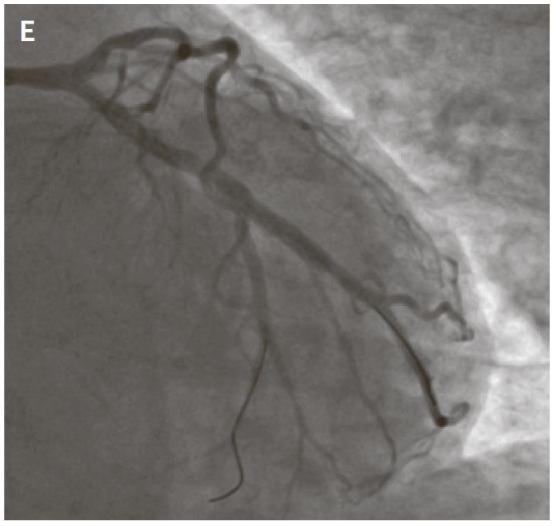
1. Какой тип гиперхолестеринемии у больного?
2. Повышен ли риск атеросклероза?
3. Какой механизм повышения уровня холестерина в крови?
4. Как лечить?

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:

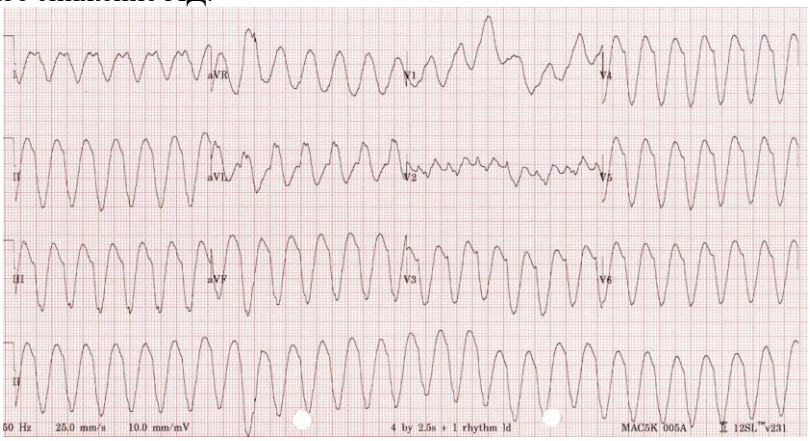
1. Какая причина ОИМ?
2. Какой тип дислипидемии?
3. Какое заболевание способствует развитию дислипидемии?
4. Какие другие осложнения могут развиться со временем?

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 мониторном наблюдении 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%.

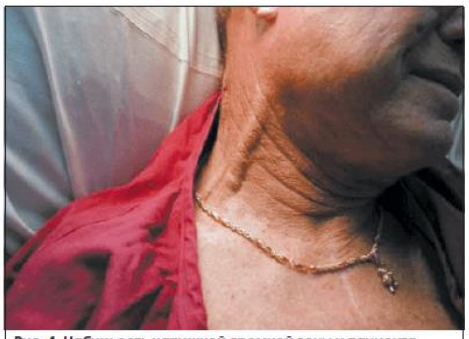
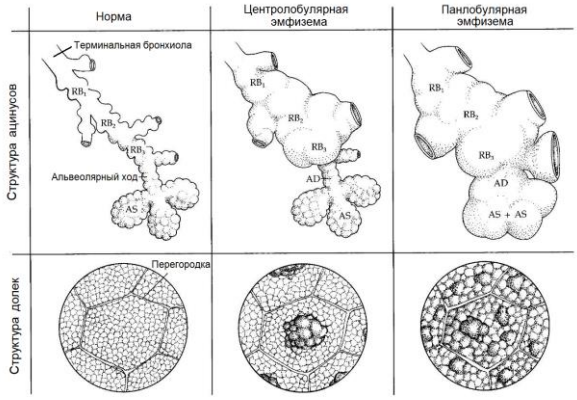


Рис. 1. Набухлость наружной яремной вены у пациента с ХСН

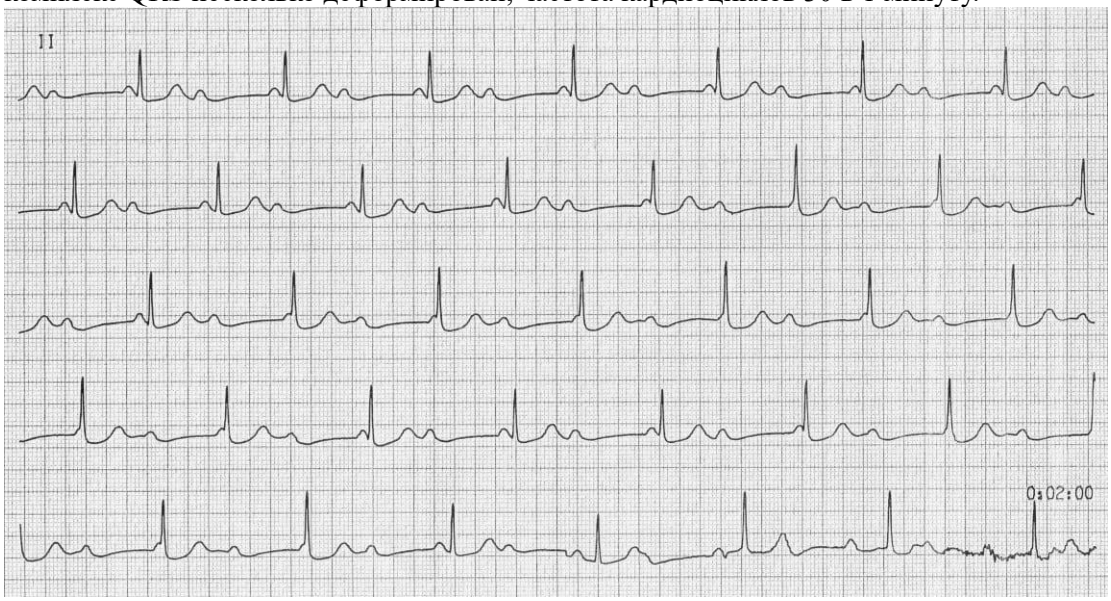


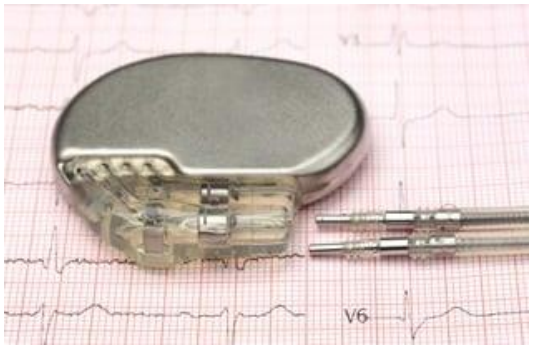
Вопросы:

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?

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 Р-Р постоянный, интервал Р-R постоянно меняется, комплекс QRS несколько деформирован, частота кардиоциклов 30 в 1 минуту.



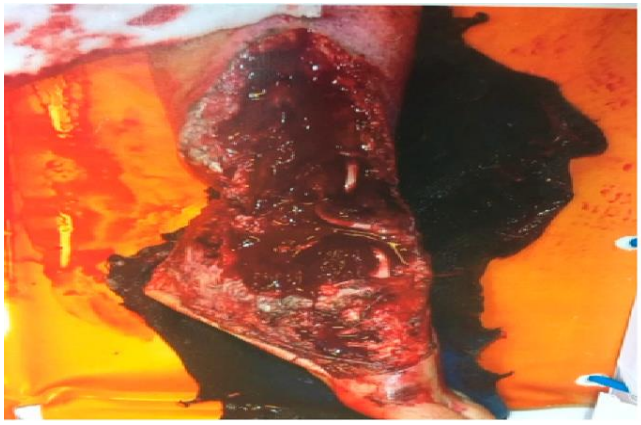


Вопросы:

1. Какой патологический процесс возник?
2. Какие основная причины могут способствовать к данному состоянию?
3. Как называется данная картина?
4. Каков механизм потери сознания?

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.





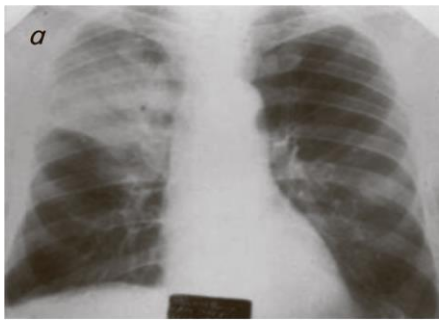
Вопросы:

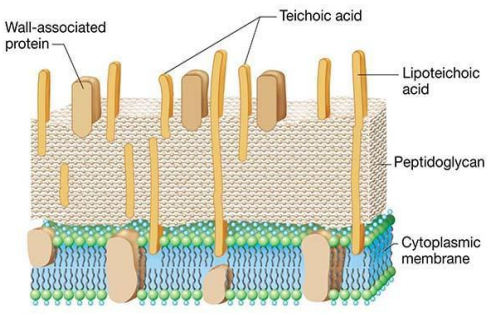
1. Какой патологический процесс развивается у мальчика?
2. Какая разновидность данного патологического процесса?
3. Какая стадия?
4. Каков патогенез дыхательных и циркуляторных расстройств?

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°С, 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°С. 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°С, 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?

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, pH - 7,25, pCO2 – 20 мм рт. ст., бикарбонат - 12,6 ммоль/л (норма 22-27 ммоль/л).



Рис. 74. Нарушения глубины и ритма дыхания: *а* — нормальное дыхание; *б* — дыхание Куссмауля; *в* — дыхание Чейна — Стокса; *г* — дыхание Грокка; *д* — дыхание Биота

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?

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Тестовые задания

Раздел № 1. Патологическая анатомия

(проверяемые компетенции – УК-1, ПК-5)

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:
- 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

3. В систему патологоанатомической службы входят:
- а) Патологоанатомические отделения
- б) Централизованные патологоанатомические отделения и патологоанатомические Бюро
- в) Патоморфологические и патогистологические лаборатории научно-исследовательских институтов
- г) Патологоанатомические отделения; Централизованные патологоанатомические отделения и патологоанатомические Бюро; Патоморфологические и патогистологические лаборатории научно-исследовательских институтов
- д) Патологоанатомические отделения; Централизованные патологоанатомические отделения и патологоанатомические Бюро

4. Основные функциональные задачи персонала патологоанатомического отделения включают в себя:
- а) Определение характера патологического процесса на секционном, операционном и биопсийном материале
- б) Установление диагноза, причины и механизма смерти больного с выявлением сущности и происхождения заболевания
- в) Анализ качества диагностической и лечебной работы совместно с лечащими врачами, посредством сопоставления клинических и патологоанатомических данных и диагнозов
- г) 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
- д) 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:
- а) Оценка предварительной информации и подготовка к проведению патологоанатомического исследования

б) Производство вскрытия трупов
в) Исследование гистологических препаратов, и в случае необходимости, привлечение консультантов, использование дополнительных методов исследования
г) 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
д) Производство вскрытия трупов: Исследование гистологических препаратов, и в случае необходимости, привлечение консультантов, использование дополнительных методов исследования

6. В перечень профессиональных задач врача-патологоанатома входят:
а) Постановка предварительного диагноза
б) Оформление патологоанатомического и патологогистологического диагнозов, в терминологии имеющейся в номенклатуре болезней, и доступной для последующего кодирования
в) Ведение медицинской документации
г) Постановка предварительного диагноза; Оформление патологоанатомического и патологогистологического диагнозов, в терминологии имеющейся в номенклатуре болезней, и доступной для последующего кодирования; Ведение медицинской документации
д) 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) дВскрытие 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 табель 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 компетенции – УК-1., ПК-5)

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 Ca2+ 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 доксорубицин, вызывая необратимое повреждение:
а) Пируватдегидрогеназу.
б) Цитохромоксидазу.
в) Топоизомеразу 2β.
г) Обратную транскриптазу.
д) Топоизомеразу 2α.

11. Выберите важнейшие механизмы гибели кардиомиоцитов в результате воздействия доксорубицина:

а) Прекращение синтеза белка.
б) Блокада натриевых каналов.
в) Запуск p53-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 рианодиновые каналы саркоплазматического ретикулума 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) Энтнрит.
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) Гиперволемия.

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) Гиперволемия.
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) AT1 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 гиперволемия 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) 11β гидроксистероиддегидрогеназы (11βHSD).
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 Бецольда-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:
а) Гемодинамическая.
б) Кардиоренальная.
в) Иммуновоспалительная.
г) Нейрогуморальная.

50. Концентрация какого внутриклеточного вторичного мессенджера повышается при стимуляции рецепторов к натрийуретическим пептидам:
а) цАМФ.

б) Инозитолтрифосфат.
в) Диацилглицерол.
г) NO.
д) цГМФ.

51. Выберите эффекты, оказываемые ангиотензином II через AT1 рецепторы:
а) Вазоконстрикция.
б) Гипертрофия миокарда.
в) Активация фибробластов и усиление секреции проколлагена.
г) Оксидативный стресс.
д) Вазоконстрикция; Гипертрофия миокарда; Активация фибробластов и усиление секреции проколлагена; Оксидативный стресс

52. Выберите эффекты, оказываемые ангиотензином II через AT2 рецепторы:
а) Вазодилатация.
б) Запуск апоптоза клетки.
в) Антиоксидантный эффект.
г) Вазодилатация; Запуск апоптоза клетки; Антиоксидантный эффект

53. Какие изменения субстратного обеспечения энергетического метаболизма характерны для хронической сердечной недостаточности:
а) Увеличение вклада жирных кислот.
б) Увеличение вклада глюкозы.
в) Увеличение вклада кетоновых тел.
г) Увеличение вклада лактата.

54. Выберите ведущий патогенетический механизм развития сердечных отеков:
а) Гипопротеинемический.
б) Гидростатический.
в) Лимфогенный.
г) Мембраногенный.
д) Объем-зависимый.

55. Какие положения лежат в основе нейрогуморальной концепции патогенеза ХСН:
а) Снижение перфузии почки, задержка натрия и воды.
б) Снижение сердечного выброса и сопутствующее повышение ОПСС.
в) Активация симпато-адреналовой системы, РААС, ККС, эндотелинов.
г) Увеличение продукции провоспалительных цитокинов и гиперцитокинемия.

56. Из каких клеток непосредственно образуются рабочие кардиомиоциты при прямом кардиомиогенном репрограммировании:
а) Эмбриональные стволовые клетки.
б) Индуцированные плюрипотентные стволовые клетки.
в) Фибробласты сердца.
г) Резидентные стволовые клетки сердца.
д) Транзиторные клетки (прекардиомиоциты).

57. Приведите пример состояния, при котором сердечный резерв снижен до нуля:
а) Спортивные тренировки.
б) Острый коронарный синдром с элевацией сегмента ST.
в) Хроническая ишемическая болезнь сердца.
г) Умеренная митральная недостаточность.
д) Перенесенный миокардит в анамнезе.

58. Выберите негативные аспекты чрезмерной, пролонгированной активации симпато-адреналовой

системы при ХСН:
а) Увеличение риска аритмий.
б) Выраженная гипертрофия миокарда.
в) Увеличение потребления миокардом кислорода.
г) Увеличение риска аритмий; Выраженная гипертрофия миокарда; Увеличение потребления миокардом кислорода

59. Выберите негативные аспекты чрезмерной, пролонгированной активации ренин-ангиотензин-альдостероновой системы при ХСН:
а) Развитие отеков.
б) Выраженная гипертрофия миокарда.
в) Диффузный фиброз миокарда.
г) Развитие отеков; Выраженная гипертрофия миокарда; Диффузный фиброз миокарда

60. Ранняя диагностика острого инфаркта миокарда (ИМ) зависит от тщательного выявления аномалий:
а) Зубца Р.
б) Интервала QT.
в) Интервала RR
г) Сегмента ST.

61. В стандартной последовательности интерпретации данных ЭКГ, первостепенным является:
а) Оценка ЧСС.
б) Оценка сегмента ST.
в) Определение ЭОС (электрическая ось сердца).
г) Оценка морфологии зубца Р и комплекса QRS.
д) Определение ритма и расчет ЧСС.

62. Оценка сегмента ST определятся на предмет:
а) Элевации и депрессии.
б) Элиминации и иссчезновения.
в) Повышения и понижения.

63. Аномальный подъем сегмента ST могут вызвать:
а) Острый ИМ.
б) Спазм коронарных артерий.
в) Острый перикардит.
г) Аневризма левого желудочка.
д) Острый ИМ; Спазм коронарных артерий; Острый перикардит; Аневризма левого желудочка

64. На ЭКГ диагностическим критерием при остром ИМ с подъёмом сегмента ST следующие:
а) Патологический подъем ST больше или ровно 1 мм в двух или более отведениях.
б) Патологический подъем ST больше или ровно 1 мм в одном отведении.
в) Патологический подъем ST меньше или ровно 1 мм в одном прекордиальном отведении.

65. Вариант нормы подъёма сегмента ST часто наблюдается у здоровых людей:
а) Представители некоторых этнических групп.
б) 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 0,1нг/мл.
б) Больше 0,2 нг/мл.
в) Меньше 0,01нг/мл.
г) Больше 0,01нг/мл, но меньше 0,1нг/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 P перед каждом комплексом QRS, оценивается на протяжения всей ленты по II стандартному отведению.
б) Наличие отрицательного зубца T после каждого комплекса QRS, оценивается на протяжения 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 T после каждого комплекса QRS, оценивается на протяжения 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(AB) блокады характерно:
а) Расширенный комплекс QRS (больше или ровно 0,12с).
б) Расщепленный или деформированный комплекс QRS.
в) Вторичный зубец P 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:
а) Перикарде.

б) Эпикарде.
в) Эндокарде.
г) Миокарде.

85. При субэпикардиальном инфаркте миокарда (ИМ) зона некроза локализуется в:
а) Миокарде.
б) Эпикарде.
в) Эндокарде.
г) Перикарде

86. Некроз миокарда на ЭКГ характеризуется:
а) Изменения зубца Р.
б) Изменения комплекса QRS.
в) Изменения зубца R.

87. Электроды для регистрации дополнительного отведения (V7-V9) устанавливают:
а) В 4 межреберье.
б) В 2 межреберье.
в) В 5 межреберье.
г) В 6 межреберье.

88. Ишемическое или гипоксическое повреждение миокарда на ЭКГ характеризуется:
а) Формированием комплекса QRS.
б) Деформацией зубца Т.
в) Изменением интервала PQ.
г) Изменением сегмента ST.
д) Расщеплением Р.
е) Удлинением интервала QT.

89. Какой механизм представляет собой важнейшее звено противоопухолевого иммунитета:
а) Нейтрофилы.
б) Натуральные киллеры.
в) В-лимфоциты.
г) Система комплемента.

90. Укажите механизмы уничтожения опухолевых клеток натуральными киллерами:
а) Фагоцитоз.
б) Индукция апоптоза.
в) Активация комплемента.
г) Стимуляция открытия кальциевых каналов плазмалеммы.

91. Для доброкачественных опухолей характерно следующее:
а) Высокая степень дифференцировки.
б) Инвазивный рост.
в) Метастазирование.
г) Системное действие на организм.

92. Для злокачественных опухолей характерно следующее:
а) Медленный рост.
б) Высокая степень дифференцировки.
в) Хорошее отграничение от окружающих тканей.
г) 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 митохондрии.
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 предстатель-

ной 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 кахексия.
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.

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)

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Патология»

ординатура по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Патология» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры патологической физиологии и патологической анатомии
«29» августа 2023 г., протокол № 6.

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)

1.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), теснуюувязку 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 ивызывать 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 бытькратким 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.

Организующая 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 иобзорная.

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, ёе 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 учебнойдисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Этосамый 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 трояким 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 и т.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 общаязакономерность 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 обучающихсяна лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

2.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 обучающийся.

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 обучающихся 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 ситуационныхпроизводственных задач,

- выполнение профессиональных функций в деловыхиграх 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.

3.МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

3.1 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.

3.2 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. Прочесть 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 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 «∅» 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 (х) в качестве знака умножения ставиться:

–при указании размеров: 4,5х3 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:

$$W=wgkc, \qquad (1)$$

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.

Приложение

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 31.08.28 Гастроэнтерология
направленность Гастроэнтерология
Научный руководитель:
_____
(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Санкт-Петербург
2023

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.

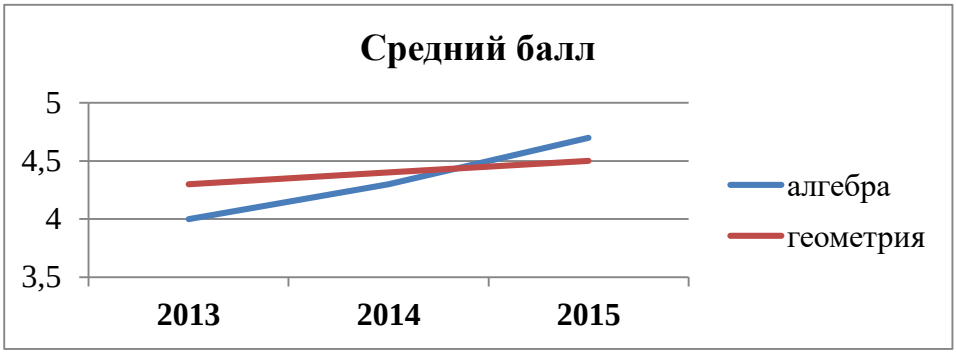


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

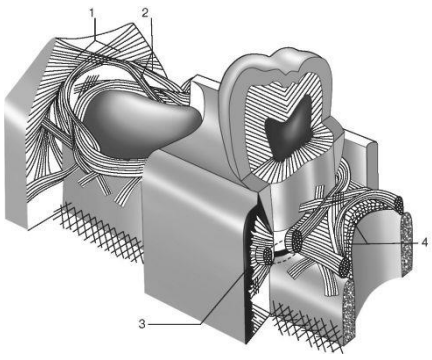


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине **ОСНОВЫ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ. КАЧЕСТВЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА**
(наименование дисциплины)

Уровень профессионального образования **Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**

Специальность **31.08.28 Гастроэнтерология**
(код специальности и наименование)

Факультет **Лечебный факультет**
(наименование факультета)

Кафедра **Кафедра пропедевтики внутренних болезней с клиникой**
(наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**2**
Занятия лекционного типа	**4 час.**
Занятия семинарского типа	**60 час.**
Всего аудиторной работы	**64 час.**
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	**80 час.**
Форма промежуточной аттестации	**Зачет с оценкой**
Общая трудоемкость дисциплины	**144/4 (час./зач. ед.)**

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа дисциплины «Основы проведения клинических исследований. Качественная клиническая практика» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Фоминых Юлия Александровна	д.м.н.	Заведующая кафедрой пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Большакова Ольга Олеговна	д.м.н., доцент	Заведующая НИЛ клинических исследований и доказательной медицины, профессор кафедры факультетской терапии с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Основы проведения клинических исследований, качественная клиническая практика» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой от «27» ноября 2023 г., протокол № 11.

Рабочая программа дисциплины «Основы проведения клинических исследований. Качественная клиническая практика» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «28» ноября 2023 г., протокол № 13 /2023.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Дисциплина «Основы проведения клинических исследований. Качественная клиническая практика» предназначена для усвоения ординаторами знаний в области разработки новых лекарственных препаратов, принципов доказательной медицины в разрезе их применения в практической деятельности в рамках трудовых функций врача-гастроэнтеролога.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины:

Цель изучения дисциплины – формирование у врача-ординатора углубленных знаний в вопросах, касающихся принципов планирования и проведения клинических исследований лекарственных препаратов, а также систематизация знаний методов оценки доказательной базы клинических и лабораторных методов исследования и формирование у обучающихся устойчивых навыков их применения в лечебно-диагностическом процессе.

Задачи изучения дисциплины:

1. Ознакомление с основными видами клинических исследований;
2. Ознакомление с принципами Качественной клинической практики;
3. Обучение основам планирования собственных клинических и научных исследований с учетом принципов Качественной клинической практики;
4. Обучение правилам соблюдения этических норм при планировании клинического или экспериментального исследования;
5. Формирование навыков оценки доказательной базы медицинской и биологической информации.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Основы проведения клинических исследований. Качественная клиническая практика» относится к Блоку 1. «Дисциплина» (обязательная дисциплина вариативной части) учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами по одной из специальностей: «Лечебное дело», «Педиатрия».

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующей **универсальной компетенции (УК):**

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	**Знает:** - методы формальной логики	ТЗ, КВ, Р
	Умеет: - самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - прослеживать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию **Владеет:** - способностью формулировать и оценивать гипотезы	

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующей **профессиональной компетенции (ПК):**

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	**Знает:** - принципы социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	ТЗ, КВ, Р
	Умеет: - проводить социально-гигиенический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков - способностью формулировать и оценивать гипотезы **Владеет:** - методиками проведения социально-гигиенического анализа и принципами анализа полученной информации и анализа о показателях здоровья взрослых и подростков	

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 2
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)		**64**	64
Из них:			
Занятия лекционного типа		**4**	4
Занятия семинарского типа		**60**	60
Самостоятельная внеаудиторная работа (всего)		**80**	80
Промежуточная аттестация – **зачет**		-	-
Общая трудоемкость дисциплины	**часы**	**144**	144
	зач. ед.	**4**	4
Из них на практическую подготовку в час.*		88	88

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 2					
Раздел 1. История клинических исследований	2	6	-	8	5
Раздел 2. Качественная клиническая практика	-	6	20	26	15
Раздел 3. Клиническое исследование	-	6	-	6	5
Раздел 4. Исследовательский центр	-	4	-	4	3
Раздел 5.Этические вопросы	2	6	20	28	15
Раздел 6. Документация в клинических исследований	-	8	20	28	16
Раздел 7. Препарат и материалы исследования	-	4	-	4	3
Раздел 8. Нежелательные явления	-	6	20	26	15
Раздел 9. Результаты клинических исследований	-	4	-	4	3
Раздел 10. Контроль в клинических исследованиях	-	6	-	6	5
Раздел 11. Ошибки и обман в клинических исследований	-	4	-	4	3
ИТОГО	**4**	**60**	**80**	**144**	88

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия**	Оценочные средства для текущего контроля ***
Курс 2						
Тема 1.	История клинических исследований	2	Этапы разработки лекарственного средства. Что такое «клиническое исследование»? Как создается лекарственный препарат? История вопроса и современное состояние проблемы.	УК-1, ПК-4	Мультимедийная презентация	КВ, ТЗ
Тема 2.	Этические вопросы	2	Этические нормы проведения клинических исследований. Организация и принципы работы этических комитетов. История вопроса. Принципы организации этических комитетов. Принципы взаимодействия участников клинического исследования с этическими комитетами.	УК-1, ПК-4	Мультимедийная презентация	КВ, ТЗ
Всего за ПА		**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.*

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

Тематический план занятий семинарского типа – практические занятия

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП (в час.)	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля **
Курс 2							
1	Практическое занятие	История клинических исследований	6	80%	Этапы разработки лекарственного средства. Что такое «клиническое исследование»? Как создается лекарственный препарат? История вопроса и современное состояние проблемы.	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
2	Практическое занятие	Качественная клиническая практика	6	80%	История, причины появления и основные принципы. Законодательная база проведения клинических исследований в России. Руководство по надлежащей клинической практике (Consolidated Guideline for Good Clinical Practice) Международной конференции по гармонизации технических требований к регистрации фармацевтических продуктов, предназначенных для применения человеком (International Conference on Harmonization of	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ

					Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use; ICH): история вопроса. Содержание принципов Качественной клинической практики. Основные документы, регламентирующие проведение клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения в Российской Федерации. Принципы организации и проведения клинических исследований в Центре.		
3	Практическое занятие	Клиническое исследование	6	80%	Виды и фазы клинических исследований. Планирование и дизайн клинического исследования. Виды клинических исследований (пилотное; рандомизированное; контролируемое; открытое/слепое; проспективное/ретроспетивное и др.). Фазы клинических исследований лекарственных средств (I-IV). Планирование клинического исследование в соответствии с принципами доказательной медицины (тестирование гипотезы, размер выборки, методы рандомизации и т. п.).	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
4	Практическое занятие	Исследовательский центр	4	80%	Стороны, принимающие участие в клиническом исследовании. Организация работы исследовательского центра. Взаимоотношения между сторонами, принимающими участие в клиническом исследовании (спонсор, контрактная исследовательская организация, медицинская организация, главный исследователь, исследовательская группа). Права и обязанности сторон. Документы, регламентирующие взаимоотношения между сторонами. Принципы организации исследовательского центра. Работа исследовательских групп в Центре им. В.А. Алмазова.	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
5	Практическое занятие	Этические вопросы	6	80%	Этические нормы проведения клинических исследований. Организация и принципы работы этических комитетов. История вопроса. Принципы организации этических комитетов. Принципы взаимодействия участников клинического исследования с этическими комитетами. Стандартные операционные процедуры.	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
6	Практическое занятие	Документация в клинических исследованиях	8	80%	Протокол и брошюра исследования. Информированное согласие. Первичная медицинская документация.	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
7	Практическое занятие	Препарат и материалы исследования	4	80%	Учет и хранение исследуемого препарата и материалов исследования. Исследуемые препарат, понятие. Прием, регистрация, учет и хранение исследуемого препарат в исследовательском центре. Первичная медицинская документация, позволяющая контролировать выдачу и возврат исследуемого препарат. Правила учета, хранения и использования других материалов исследования.	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ

8	Практическое занятие	Нежелательные явления	6	80%	Определение нежелательного явления в клиническом исследовании. Критерии серьезного нежелательного явления. Виды сообщений о нежелательном явлении. Ведение пациента с развившимся нежелательным явлением.	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
9	Практическое занятие	Результаты клинических исследований	4	80%	Оформление результатов и опубликование данных клинических исследовании. Виды и формы отчетов о клиническом исследовании.	УК-1, ПК-4	
10	Практическое занятие	Контроль в клинических исследованиях	6	80%	Мониторинг, аудит, инспекция. Контроль качества клинических исследований. Что такое качественно проведенное клиническое исследование. Как контролируется проведение клинического исследования в исследовательском центре. Каким образом эта деятельность регламентирована на государственном уровне. Для чего требуются мониторинг, аудит, инспекции и их понятие.	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
11	Практическое занятие	Ошибки и обман в клинических исследований	4	80%	Фальсификация данных клинических исследований. Обман в клинических исследованиях. Виды ошибок.	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
Всего за ПА			**60**	48			

* ***Формы проведения занятий семинарского типа:*** *семинар-практикум*

** ***Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, П-презентация*

4.4. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	из них на ПП в час.	Содержание самостоятельной работы	Перечень компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства* для текущего контроля
1	Качественная клиническая практика	20	10	Подготовка к занятиям, подготовка рефератов	УК-1, ПК-4	Р, П
2	Этические вопросы	20	10	Подготовка к занятиям, подготовка рефератов	УК-1, ПК-4	Р, П
3	Документация в клинических исследованиях	20	10	Подготовка к занятиям, подготовка рефератов	УК-1, ПК-4	Р, П
4	Нежелательные явления	20	10	Подготовка к занятиям, подготовка рефератов	УК-1, ПК-4	Р, П
Всего:		**80**	40			

****Оценочные средства:*** *Р- реферат, П-презентация*

Примерные темы рефератов:

1. Этические вопросы проведения клинических исследований в гастроэнтерологии: ургентные гастроэнтерологические заболевания
2. Этические особенности плацебо-контролируемых исследований в гастроэнтерологии
3. Документация в клинических исследованиях в области гастроэнтерологии
4. Конечные точки и основные регистрируемые данные в клинических исследованиях в области гастроэнтерологии.
5. Основные нежелательные явления в клинических исследованиях гастроэнтерологических препаратов
6. Разработка таргетных иммуносупрессоров в гастроэнтерологии.
7. Разработка препаратов генно-инженерной биологической терапии в гастроэнтерологии.
8. Особенности использования дженериков в гастроэнтерологии.
9. Основные направления разработок новых препаратов в гастроэнтерологии.
10. Особенности применения инструментальных методов в клинических исследованиях в области гастроэнтерологии.

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	СР	ТЗ
Текущий контроль	Раздел 1. История клинических исследований	4	-	26
	Раздел 2. Качественная клиническая практика	5	5	
	Раздел 3. Клиническое исследование	4	-	
	Раздел 4. Исследовательский центр	5	-	
	Раздел 5.Этические вопросы	2	2	
	Раздел 6. Документация в клинических исследованиях	3	2	
	Раздел 7. Препарат и материалы исследования	5	-	
	Раздел 8. Нежелательные явления	4	1	
	Раздел 9. Результаты клинических исследований	2	-	
	Раздел 10. Контроль в клинических исследованиях	6	-	
	Раздел 11. Ошибки и обман в клинических исследований	3	-	
ИТОГО		**43**	**10**	**26**

ТЗ – тестовые задания, КВ – контрольные вопросы, СР –самостоятельная работа (темы рефератов)

5.2 Оценка проверки формирования компетенций по дисциплине на промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции	Наименование оценочных средств* для проверки формирования компетенции
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	КВ, ТЗ, П
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	КВ, ТЗ, П

КВ – контрольные работы, ТЗ – тестовые задания, П- презентация

5.3 Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

1. Тестирование. Тестовая база содержит 26 заданий, из которых случайным образом выбирается 10 заданий, на которые студент должен дать ответ за 10 минут.
2. Предоставление реферата по дисциплине.
3. Контрольные вопросы.

Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции
ТЗ	3. К какой фазе клинических исследований относятся фармакокинетические исследования? **(1) I** (2) IIa (3) IIb (4) III (5) IIIb (6) IV 7. Форма информированного согласия должна быть одобрена: (1) Руководителем учреждения **(2) Этическим комитетом** (3) Министерством здравоохранения 17. Каким образом соблюдаются права пациента по сохранению персональных данных: (1) При ведении амбулаторной карты указываются только инициалы больного (2) При предоставлении данных о клиническом исследовании спонсору не указываются паспортные данные **(3) Во всех документах, предоставляемых спонсору, указываются лишь номера пациента, участвующего в клиническом исследовании**	УК-1, ПК-4
КВ	1. Этапы разработки лекарственного средства. 2. Что такое «клиническое исследование»? 3. Как создается лекарственный препарат? 4. История вопроса и современное состояние проведения клинических исследований	УК-1, ПК-4
Р и П	1. Этические вопросы проведения клинических исследований в гастроэнтерологии: ургентные гастроэнтерологические заболевания 2. Этические особенности плацебо-контролируемых исследований в гастроэнтерологии 3. Документация в клинических исследованиях в области гастроэнтерологии 4. Конечные точки и основные регистрируемые данные в клинических исследованиях в области гастроэнтерологии. 5. Основные нежелательные явления в клинических исследованиях гастроэнтерологических препаратов	УК-1, ПК-4

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- рефераты, П-презентация*

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)
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. Младенческая гастроэнтерология: руководство для врачей / М. Ю. Денисов, А. С. Якушин, Е. В. Гильд, Н. А. Аксенов. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 432 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970469637.html
2. Гериатрическая гастроэнтерология: руководство для врачей / под ред. Л. П. Хорошининой. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 736 с. - (Серия "Библиотека врача-гериатра"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970464861.html
3. Детская гастроэнтерология: практическое руководство / под ред. И. Ю. Мельниковой. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 528 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970473818.html
4. Детская гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. С. В. Бельмера, А. Ю. Разумовского, А. И. Хавкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 864 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970469903.html
5. Маев, И. В. Болезни пищевода / Маев И. В., Бусарова Г. А., Андреев Д. Н. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 648 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448748.html
6. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей / под ред. Е. В. Ших, В. Н. Дроздова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 464 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477021.html

Дополнительная литература:

1. Ивашкин, В. Т. Гастроэнтерология. Национальное руководство / под ред. В. Т. Ивашкина, Т. Л. Лапиной. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 464 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970444061.html
2. Гастроэнтерология. Стандарты медицинской помощи / сост. А. С. Дементьев, И. Р. Манеров, С. Ю. Кочетков, Е. Ю. Чепанова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 384 с. - (Серия "Стандарты медицинской помощи"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970436707.html
3. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html
4. Бельмер, С. В. Функциональные расстройства органов пищеварения у детей. Принципы диагностики и лечения (международные и отечественные рекомендации) / С. В. Бельмер, А. И. Хавкин, Д. В. Печкуров. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 224 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970456439.html
5. Авдеева, Т. Г. Детская гастроэнтерология / Авдеева Т. Г., Парменова Л. П., Мякишева Т. В. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 272 с. - (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451984.html
6. Болезни билиарного тракта у детей. Руководство по диагностике и лечению / Под ред. Л. А. Харитоновой, К. И. Григорьева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 352 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970475874.html
7. Циммерман Я.С. Трудный диагноз и лечение в гастроэнтерологии / Циммерман Я.С. - Москва: МИА, 2015. - 256 с. - Текст: электронный // URL: https://www.medlib.ru/library/library/books/2280

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 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.

7.2 Учебно-методические материалы для преподавателей

Методическое материалы по дисциплине «Основы проведения клинических исследований.

Качественная клиническая практика» для специальности 31.08.28 Гастроэнтерология, Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2023.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине Основы проведения клинических исследований. Качественная клиническая практика» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология. 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.

Необходимый для реализации программы ординатуры перечень материально-технического и учебно-методического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованные специализированной мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочим учебным программам дисциплин;
- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа - укомплектованные специализированной (учебной) мебелью, 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 в электронную информационно-образовательную среду 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 проведения клинических исследований. Качественная клиническая практика» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

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 проведения клинических исследований. Качественная 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.

Приложение № 1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ОСНОВЫ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, КАЧЕСТВЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»

Специальность ординатуры	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация (степень) выпускника:	**Врач-гастроэнтеролог**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине **«ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ»**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. История клинических исследований	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
Раздел 2. Качественная клиническая практика	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
Раздел 3. Клиническое исследование	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
Раздел 4. Исследовательский центр	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
Раздел 5.Этические вопросы	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
Раздел 6. Документация в клинических исследований	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
Раздел 7. Препарат и материалы исследования	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
Раздел 8. Нежелательные явления	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
Раздел 9. Результаты клинических исследований	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
Раздел 10. Контроль в клинических исследованиях	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ
Раздел 11. Ошибки и обман в клинических исследований	УК-1, ПК-4	КВ, ТЗ

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

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

УК-1 Готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу.

ПК-4 Готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков

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 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	**Знает:** - методы формальной логики	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в реферате.	Для текущего контроля: КВ: №1-43 СР: №1-10 Для промежуточной аттестации: КВ: №1-43 ТЗ: №1-26 Р, П
	Умеет: - самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - прослеживать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в реферате.	Для текущего контроля: КВ: №1-43 СР: №1-10 Р Для промежуточной аттестации: КВ: №1-43 ТЗ: №1-26 Р, П

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

Профессиональные компетенции

Индикаторы достижения профессиональных компетенций	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	**Знает:** - принципы социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в реферате.	Для текущего контроля: КВ: №1-43 СР: №1-10 Для промежуточной аттестации: КВ: №1-43 ТЗ: №1-26 Р, П
	Умеет: - проводить социально-гигиенический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Правильность и полнота ответа на контрольные вопросы. Доля правильных ответов на тестовые задания. Полнота раскрытия темы в реферате.	Для текущего контроля: КВ: №1-43 СР: №1-10 Для промежуточной аттестации: КВ: №1-43 ТЗ: №1-26 Р, П

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы
ТЗ – тестовые задания
Р-реферат
П-презентация по теме реферата

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. Речевое оформление требует поправок, коррекции.
«Неудовлетворительно» - при ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.

Шкала оценивания результатов контроля в общем виде

Оценка	Знать	Уметь
Неудовлетворительно	Отсутствие знаний	Отсутствие умений
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

Сводная таблица критериев оценки знаний и умений по дисциплине

Оценка	Вид задания		
	Собеседование по контрольным вопросам	Выполнение тестовых заданий	Защита презентации на основании реферата
Неудовлетворительно	При ответе на вопрос допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам дисциплины.	70% и менее	Тема не раскрыта
Удовлетворительно	При формулировке ответа упускает отдельные ключевые моменты. Демонстрирует неполное знание терминов, концепций и теорий по дисциплине. На вопросы не всегда отвечает четко, логично, по существу.	71-80%	Тема раскрыта фрагментарно
Хорошо	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.	81-90%	Тема раскрыта не полностью, имеются вопросы, не отраженные в презентации
Отлично	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.	91-100%	Тема раскрыта полностью

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности 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 дисциплине: **зачет с оценкой**

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Код контролируемой компетенции
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-4
2 этап	Презентация реферата	Р, П	УК-1, ПК-4
3 этап	Собеседование	КВ	УК-1, ПК-4

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы
ТЗ – тестовые задания
Р/Д – темы рефератов/докладов
П – презентации

Раздел 1. История клинических исследований
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-4)

1. Этапы разработки лекарственного средства.
2. Что такое «клиническое исследование»?
3. Как создается лекарственный препарат?
4. История вопроса и современное состояние проведения клинических исследований

Раздел 2. Качественная клиническая практика
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-4)

1. Законодательная база проведения клинических исследований в России
2. Руководство по надлежащей клинической практике (Consolidated Guideline for Good Clinical Practice) Международной конференции по гармонизации технических требований к регистрации фармацевтических продуктов, предназначенных для
3. применения человеком (International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use; ICH0: содержание принципов Качественной клинической практики.
4. Основные документы, регламентирующие проведение клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения в Российской Федерации.
5. Принципы организации и проведения клинических исследований в Центре им. В.А. Алмазова.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-4)
Темы рефератов:

1. Разработка таргетных иммуносупрессоров в гастроэнтерологии.
2. Разработка препаратов генно-инженерной биологической терапии в гастроэнтерологии.
3. Особенности использования дженериков в гастроэнтерологии.
4. Основные направления разработок новых препаратов в гастроэнтерологии.
5. Особенности применения инструментальных методов в клинических исследованиях в области гастроэнтерологии.

Раздел 3. Клиническое исследование
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-4)

1. Виды и фазы клинических исследований.
2. Планирование и дизайн клинического исследования. Виды клинических исследований (пилотное; рандомизированное; контролируемое; открытое/слепое; проспективное/ретроспетивное и др.).
3. Фазы клинических исследований лекарственных средств (I-IV).
4. Планирование клинического исследование в соответствии с принципами доказательной медицины (тестирование гипотезы, размер выборки, методы рандомизации и т. п.).

Раздел 4. Исследовательский центр
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-4)

1. Стороны, принимающие участие в клиническом исследовании. Организация работы исследовательского центра.
2. Взаимоотношения между сторонами, принимающими участие в клиническом исследовании (спонсор, контрактная исследовательская организация, медицинская организация, главный исследователь, исследовательская группа).
3. Права и обязанности сторон в клиническом исследовании. Документы, регламентирующие взаимоотношения между сторонами.
4. Принципы организации исследовательского центра.
5. Работа исследовательских групп в Центре им. В.А. Алмазова.

Раздел 5. Этические вопросы
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-4)

1. Этические нормы проведения клинических исследований. Организация и принципы работы этических комитетов.
2. История вопроса. Принципы организации этических комитетов. Принципы взаимодействия участников клинического исследования с этическими комитетами. Стандартные операционные процедуры.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-4)
Темы рефератов:

1. Этические вопросы проведения клинических исследований в гастроэнтерологии: ургентные гастроэнтерологические заболевания
2. Этические особенности плацебо-контролируемых исследований в гастроэнтерологии

Раздел 6. Документация в клинических исследованиях
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-4)

1. Протокол и брошюра исследования.
2. Информированное согласие.
3. Первичная медицинская документация.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-4)
Темы рефератов:

1. Документация в клинических исследованиях в области гастроэнтерологии
2. Конечные точки и основные регистрируемые данные в клинических исследованиях в области гастроэнтерологии.

Раздел 7. Препарат и материалы исследования
Контрольные вопросы (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-4)

1. Учет и хранение исследуемого препарата и материалов исследования.
2. Исследуемый препарат, понятие.
3. Прием, регистрация, учет и хранение исследуемого препарат в исследовательском центре.
4. Первичная медицинская документация, позволяющая контролировать выдачу и возврат исследуемого препарат.
5. Правила учета, хранения и использования других материалов исследования.

Раздел 8. Нежелательные явления

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

1. Определение нежелательного явления в клиническом исследовании.
2. Критерии серьезного нежелательного явления.
3. Виды сообщений о нежелательном явлении.
4. Ведение пациента с развывшимся нежелательным явлением.

Задания по самостоятельной работе с критериями оценивания (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-4)

Темы рефератов:

1. Основные нежелательные явления в клинических исследованиях гастроэнтерологических препаратов

Раздел 9. Результаты клинических исследований

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

1. Оформление результатов и опубликование данных клинических исследовании.
2. Виды и формы отчетов о клиническом исследовании.

Раздел 10. Контроль в клинических исследованиях

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

1. Мониторинг, аудит, инспекция в клиническом исследовании.
2. Контроль качества клинических исследований.
3. Что такое качественно проведенное клиническое исследование?
4. Как контролируется проведение клинического исследования в исследовательском центре.
5. Каким образом эта деятельность регламентирована на государственном уровне.
6. Для чего требуются мониторинг, аудит, инспекции в клинических исследованиях и их понятие.

Раздел 11. Ошибки и обман в клинических исследованиях

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

1. Фальсификация данных клинических исследований.
2. Обман в клинических исследованиях.
3. Виды ошибок в клинических исследованиях

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ

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

1. Этапы разработки лекарственного средства.
2. Что такое «клиническое исследование»?
3. Как создается лекарственный препарат?
4. История вопроса и современное состояние проведения клинических исследований
5. Законодательная база проведения клинических исследований в России
6. Руководство по надлежащей клинической практике (Consolidated Guideline for Good Clinical Practice) Международной конференции по гармонизации технических требований к регистрации фармацевтических продуктов, предназначенных для
7. применения человеком (International Conference on Harmonization of Technical Requirements for Registration of Pharmaceuticals for Human Use; ICH0: содержание принципов Качественной клинической практики.
8. Основные документы, регламентирующие проведение клинических исследований лекарственных препаратов для медицинского применения в Российской Федерации.
9. Принципы организации и проведения клинических исследований в Центре им. В.А. Алмазова.
10. Виды и фазы клинических исследований.
11. Планирование и дизайн клинического исследования. Виды клинических исследований (пилотное; рандомизированное; контролируемое; открытое/слепое; проспективное/ретроспетивное и др.).
12. Фазы клинических исследований лекарственных средств (I-IV).
13. Планирование клинического исследование в соответствии с принципами доказательной медицины (тестирование гипотезы, размер выборки, методы рандомизации и т. п.).
14. Стороны, принимающие участие в клиническом исследовании. Организация работы исследовательского центра.
15. Взаимоотношения между сторонами, принимающими участие в клиническом исследовании (спонсор, контрактная исследовательская организация, медицинская организация, главный исследователь, исследовательская группа).
16. Права и обязанности сторон в клиническом исследовании. Документы, регламентирующие взаимоотношения между сторонами.
17. Принципы организации исследовательского центра.
18. Работа исследовательских групп в Центре им. В.А. Алмазова.
19. Этические нормы проведения клинических исследований. Организация и принципы работы этических комитетов.
20. История вопроса. Принципы организации этических комитетов. Принципы взаимодействия участников клинического исследования с этическими комитетами. Стандартные операционные процедуры.
21. Протокол и брошюра исследования.
22. Информированное согласие.
23. Первичная медицинская документация.
24. Учет и хранение исследуемого препарата и материалов исследования.
25. Исследуемые препарат, понятие.
26. Прием, регистрация, учет и хранение исследуемого препарат в исследовательском центре.
27. Первичная медицинская документация, позволяющая контролировать выдачу и возврат исследуемого препарат.
28. Правила учета, хранения и использования других материалов исследования.

29. Определение нежелательного явления в клиническом исследовании.
30. Критерии серьезного нежелательного явления.
31. Виды сообщений о нежелательном явлении.
32. Ведение пациента с развившимся нежелательным явлением.
33. Оформление результатов и опубликование данных клинических исследовании.
34. Виды и формы отчетов о клиническом исследовании.
35. Мониторинг, аудит, инспекция в клиническом исследовании.
36. Контроль качества клинических исследований.
37. Что такое качественно проведенное клиническое исследование?
38. Как контролируется проведение клинического исследования в исследовательском центре.
39. Каким образом эта деятельность регламентирована на государственном уровне.
40. Для чего требуются мониторинг, аудит, инспекции в клинических исследованиях и их понятие.
41. Фальсификация данных клинических исследований.
42. Обман в клинических исследованиях.
43. Виды ошибок в клинических исследованиях

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

1. Каким образом осуществляется поиск новых лекарственных веществ?
    1) Лекарственные вещества могут быть обнаружены в природе
    2) Получены из ранее известных лекарственных веществ путем их модификации
    3) Возможно применение известных лекарственных средств по новым показаниям
    4) Метод синтеза новых веществ в исследовательских лабораториях
    5) Литературный поиск

2. Какие виды доклинических исследований Вы знаете?
    (1) Исследование фармакокинетики
    1) Изучение фармакогенетики
    2) Изучение фармакодинамики
    3) Оценка токсичности

3. К какой фазе клинических исследований относятся фармакокинетические исследования?
    1) I
    2) IIa
    3) IIb
    4) III
    5) IIIb
    6) IV

4. Какую фазу клинических исследований проводят для получения информации об активности исследуемого вещества в отношении конкретного заболевания?
    1) I
    2) II
    3) III
    4) IIIb
    5) IV

5. Одной из целей проведения клинического исследования I фазы является изучение:
    1) Качества жизни на фоне лечения изучаемым препаратом
    2) Эффективности изучаемого лекарственного средства

3) Безопасности изучаемого лекарственного средства

6. Какова цель проведения мониторинга клинического исследования?
1) Проконтролировать качество полученных данных
2) Помочь исследователю в проведение исследования
3) То и другое

7. Форма информированного согласия должна быть одобрена:
1) Руководителем учреждения
2) Этическим комитетом
3) Министерством здравоохранения

8. На информированном согласии должна быть указана дата:
1) Фактическая дата подписания
2) Дата начала клинического исследования
3) Возможно подписание «задним числом» в особых случаях по разрешению спонсора

9. Финансирование клинического исследования осуществляется из средств:
1) Федерального бюджета
2) Организации-разработчика
3) Органов исполнительной власти в сфере здравоохранения

10. Договор о проведении клинического исследования должен содержать сведения о:
1) Страховании здоровья пациентов, участвующих в клиническом исследовании
2) Страховании гражданской ответственности организаций, осуществляющих клиническое исследование
3) Страховании здоровья пациентов, участвующих в клиническом исследовании; Страховании гражданской ответственности организаций, осуществляющих клиническое исследование

11. Что можно отнести к суррогатным конечным точкам клинического исследования:
1) Частоту госпитализаций
2) Уровень систолического артериального давления
3) Частоту госпитализаций и Уровень систолического артериального давления

12. Оптимальный состав этического комитета:
1) 11 человек (9 мужчин и 2 женщины)
2) 10 человек (5 мужчин и 5 женщин)
3) 9 человек (5 мужчин и 4 женщины)

13. При проведении клинического исследования уничтожение исследуемого лекарственного препарата осуществляется:
1) По мере возвращения неиспользованного препарата пациентом по решению главного исследователя
2) В исследовательском центре по истечении срока годности каждой конкретной партии по решению главного исследователя
3) Только по указанию спонсора и в соответствии с его инструкциями

14. Какая информация о пациенте всегда указывается в первичных документах, передаваемых спонсору:
1) Домашний адрес

2) Скрининговый и/или рандомизационный номер
3) Инициалы
4) Демографические данные
5) Фамилия
6) 2, 3 и 4 Скрининговый и/или рандомизационный номер; Инициалы; Демографические данные

15. Нежелательное явление, произошедшее в ходе клинического исследования лекарственного препарат, является серьезным, если оно:
1) Привело к смерти больного
2) Создало угрозу для жизни пациента
3) Потребовало немедленной отмены исследуемого препарата
4) Потребовало госпитализации пациента или ее продления
5) Привело к стойкой утрате трудоспособности
6) Имело связь с приемом исследуемого препарата
7) Привело к смерти больного; Создало угрозу для жизни пациента; Потребовало немедленной отмены исследуемого препарата; Потребовало госпитализации пациента или ее продления; Привело к стойкой утрате трудоспособности; Имело связь с приемом исследуемого препарата

16. Нежелательное явление в клиническом исследовании лекарственного средства:
1) Всегда имеет причинно-следственную связь с применением исследуемого препарата
2) Зависит от дозы исследуемого препарата
3) При отсутствии явной причинно-следственной связи с приемом исследуемого препарата не регистрируется
4) Всегда имеет причинно-следственную связь с применением исследуемого препарата; Зависит от дозы исследуемого препарата; При отсутствии явной причинно-следственной связи с приемом исследуемого препарата не регистрируется
5) Неверно всё.

17. Каким образом соблюдаются права пациента по сохранению персональных данных:
1) При ведении амбулаторной карты указываются только инициалы больного
2) При предоставлении данных о клиническом исследовании спонсору не указываются паспортные данные
3) Во всех документах, предоставляемых спонсору, указываются лишь номера пациента, участвующего в клиническом исследовании

18. Твердые (жесткие) конечные точки клинического исследования в кардиологии:
1) Общая смертность
2) Уровень липопротеинов низкой плотности
3) Частота инфарктов миокарда
4) Степень гипертрофии левого желудочка
5) Общая смертность; Уровень липопротеинов низкой плотности
6) Частота инфарктов миокарда; Степень гипертрофии левого желудочка

19. Если в ходе исследования имелись несколько версий информированного согласия, то одобрение этического комитета должно быть получено:
1) На последнюю версию
2) Только на первую версию
3) Только по окончании исследования
4) На все версии информированного согласия в хронологической последовательности

20. Какое решение может вынести этический комитет?
1) Одобрить исследование.
2) Отказать в одобрении.
3) Запросить дополнительную информацию
4) Одобрить исследование; Отказать в одобрении; Запросить дополнительную информацию

21. Что из перечисленного относится к первичной медицинской документации:
1) История болезни/амбулаторная карта
2) Дневник контроля АД пациента в произвольной форме
3) Письмо спонсора
4) Диск с записью ангиограммы пациента

22. К нежелательным явлениям в ходе клинического исследования относятся:
1) Любой неблагоприятный симптом
2) Симптом, связанный с обострением хронического сопутствующего заболевания
3) Впервые выявленное заболевание
4) Отклонение лабораторного показателя от нормы
5) Любой неблагоприятный симптом; Симптом, связанный с обострением хронического сопутствующего заболевания; Впервые выявленное заболевание; Отклонение лабораторного показателя от нормы
6) Ничего из: Любой неблагоприятный симптом; Симптом, связанный с обострением хронического сопутствующего заболевания; Впервые выявленное заболевание; Отклонение лабораторного показателя от нормы

23. Хранение документов клинического исследования осуществляется:
1) Сразу по окончании клинического исследования деструкция документов осуществляется по уведомлению спонсора
2) В течение двух лет после окончания исследования, деструкция осуществляется по решению учреждения
3) Не менее двух лет после последней регистрации препарата в регионе ICH по уведомлению спонсора

24. Какие виды аудита Вы знаете:
1) Внешний
2) Внутренний
3) Смешанный
4) Регулярный
5) Системный

25. Кто проводит внутренний аудит?
1) Администрация медицинского учреждения, в котором проходит клиническое исследование
2) Сотрудники компании-спонсора или контрактной исследовательской организации
3) Сотрудники медицинской организации, проводящей клиническое исследование, не участвующие в данном исследовании

26. Ниже перечислены характерные особенности четырех фаз клинических исследований. Напротив каждого поставьте название соответствующей фазы.
1) Дополнительное изучение эффективности и безопасности препарата в процессе его рутинного использования

2) Разработка оптимальных схем назначения препарата и оценка качества жизни
3) Первые контролируемые исследования на пациентах с участием 100-300 человек
4) Получение бесспорных доказательств эффективности и безопасности препарата при его широком и длительном применении
5) Исследование качества жизни, которое проводится в период после подачи материалов для регистрации препарата
6) Изучение фармакокинетики у больных конкретным заболеванием
7) Рандомизированные двойные слепые контролируемые исследования на больших группах пациентов (1000-3000 человек)
8) Исследования на здоровых добровольцах (50-100 человек)
9) Определение безопасной дозы препарата

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)

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине
«ОСНОВЫ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, КАЧЕСТВЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»

ординатура по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Основы проведения клинических исследований, качественная клиническая практика» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой «27» ноября 2023 г., протокол № 11.

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 ОСНОВЫ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, КАЧЕСТВЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА ПО РАЗРАБОТКЕ СИТУАЦИОННЫХ ЗАДАЧ
4	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
4.1	Методические рекомендации для обучающихся при освоении дисциплины «Основы проведения клинических исследований, качественная клиническая практика»
4.2	Методические рекомендации по самостоятельной работе

1. 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), теснуюувязку 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 бытькратким 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.

Организующая 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 иобзорная.

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 настимулирование обучающихся к постоянному контролю предлагаемой информации (поиск ошибки: содержательной, методологической, орфографической). Вконце лекции проводится диагностика слушателей и разбор сделанных ошибок.

Лекция-консультация может проходить по разным сценариям. Первый вариант осуществляется по типу «вопросы—ответы». Лектор отвечает втечение лекционного времени на вопросы обучающихся по всем разделу или всему курсу. Второй вариант такой лекции, представляемой по типу «вопросы— ответы—дискуссия», является трояким 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 болеераспространена 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.

2. 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 обучающийся.

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 наимеющиеся 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 внутри предметных 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.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ПРЕПОДАВАТЕЛЮ ДИСЦИПЛИНЫ «ОСНОВЫ ПРОВЕДЕНИЯ КЛИНИЧЕСКИХ ИССЛЕДОВАНИЙ, КАЧЕСТВЕННАЯ КЛИНИЧЕСКАЯ ПРАКТИКА»
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 информации, 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 органов пищеварительной системы, 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 «**Основы проведения клинических исследований, качественная клиническая практика»**.

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 методам, 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.

4. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

4.1 Методические рекомендации для обучающихся при освоении дисциплины «Основы проведения клинических исследований, качественная клиническая практика»

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 информации 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 чтения, 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, выступать 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.

4.2 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. Прочесть 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 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 «∅» 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 (х) в качестве знака умножения ставиться:

–при указании размеров: 4,5х3 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:

$$W=wgkc, \qquad (1)$$

где wg – расчетное значение ветрового давления;
k – коэффициент, учитывающий изменение ветрового давления;
с – 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.

Приложение

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 31.08.28 Гастроэнтерология
«Основы проведения клинических исследований,
качественная клиническая практика»
Научный руководитель:
_____
(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Санкт-Петербург
2023

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.

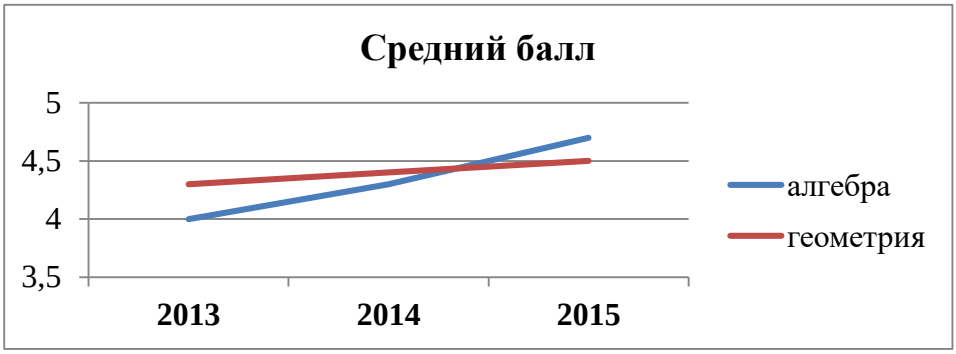


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

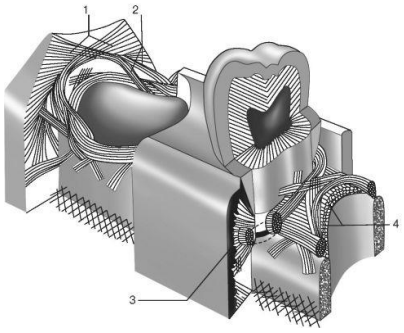


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Дисциплина	**ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ**
	(наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.28 Гастроэнтерология**
	(код специальности и 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.)**

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа дисциплины «Основы психосоматики» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- 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

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Основы психосоматики» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры психологии «27» ноября 2023 г., протокол № 3.

Рабочая программа дисциплины «Основы психосоматики» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «28» ноября 2023 г., протокол № 13 /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 31.08.28 Гастроэнтерология. 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 психосоматический 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 дисциплинам по выбору вариативной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

.

Междисциплинарные и внутридисциплинарные 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) и профессиональных компетенций (ПК):

Компетенция	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства
УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	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
ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Знает: - основные положения и значение психосоматики как отрасли междисциплинарной медико-психологической области для формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р
	Умеет: - применять сведения из психосоматики как отрасли междисциплинарной медико-психологической области для формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ, Р

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, 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	**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**

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 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 психосоматический диатез. Классификация психосоматических нарушений.	УК-1, ПК-9	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, ПК-9	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-1, ПК-9	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 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, ПК-9	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.	УК-1, ПК-9	КВ, ТЗ

					Концепция стресса Селье и ее роль в понимании психосоматической патологии.		
	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, ПК-9	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-1, ПК-9	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-1, ПК-9	КВ, ТЗ, СЗ
	Семинар		4	2	Соматоформные расстройства: проявления и психологические механизмы. Роль врача в профилактике их возникновения.	УК-1, ПК-9	КВ, ТЗ, СЗ
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 компетенции
Подготовка к занятиям, ведение дневника наблюдений	18	9	УК-1, ПК-9
Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	6	3	УК-1, ПК-9
Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернетресурсов	18	9	УК-1, ПК-9
ВСЕГО	**42**	**21**	

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 контролируемых компетенций	Наименование оценочного средства
1.	Общие представления о психосоматических расстройствах	УК-1, ПК-9	КВ, ТЗ
2.	Психосоматические теории и модели.	УК-1, ПК-9	КВ, ТЗ
3.	Психологическая адаптация к болезни.	УК-1, ПК-9	КВ, ТЗ, СЗ
4.	Роль врача в профилактике психосоматических расстройств.	УК-1, ПК-9	КВ, ТЗ, СЗ

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

5.3 Организация контроля самостоятельной работы

№ п/п	Вид работы	Код контролируемых компетенций	Наименование оценочного средства
1.	Подготовка к занятиям	УК-1, ПК-9	КВ
2.	Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	УК-1, ПК-9	КВ
3.	Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернетресурсов	УК-1, ПК-9	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 компетенции
1	Реферат	Р	УК-1, ПК-9
2	Тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-9

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 компетенций:

УК-1

1. Биопсихосоциальная концепция болезненных расстройств.
2. Практическая значимость основных концепций психосоматический расстройств.
3. Причины возникновения психосоматических расстройств.

ПК-9

1. Маркеры психосоматического расстройства.
2. Этические нормы при взаимодействии с человеком в ситуации психосоматического расстройства.
3. Профилактика профессионального выгорания в работе врача.

Примеры ситуационных задач
для проверки формирования компетенций:

УК-1

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.

ПК-9

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 компетенций:

УК-1

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.

ТЗ 3. К соматоформным нарушениям относятся:

a) алекситимия;
b) классическая депрессия;
c). хронический болевой синдром;
d). онкологические заболевания.

ТЗ 4. К экологичным техникам взаимодействия с психосоматическими больными НЕ относятся:

a) категоричность;
b) паттернализм;
c) отвержение;
d) категоричность; паттернализм; отвержение

ПК-9

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 (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)
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. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ:

7.1 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

7.2 Учебно-методические материалы для преподавателей

- Методическое материалы по дисциплине «Основы психосоматики» для специальности 31.08.28 Гастроэнтерология, Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2023

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Основы психосоматики» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология 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 31.08.28 Гастроэнтерология.

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.

Приложение №1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»

Специальность ординатуры	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-гастроэнтеролог»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине «ОСНОВЫ ПСИХОСОМАТИКИ»

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

Наименование раздела (темы) Дисциплины	Коды контролируемых компетенций	Наименование оценочного средства *
Тема 1. Общие представления о психосоматических расстройствах.	УК-1, ПК-9	КВ, ТЗ
Тема 2. Психосоматические теории и модели.	УК-1, ПК-9	КВ, ТЗ
Тема 3. Психологическая адаптация к болезни.	УК-1, ПК-9	КВ, ТЗ, СЗ
Тема 4. Роль врача в профилактике психосоматических расстройств.	УК-1, ПК-9	КВ, ТЗ, СЗ
Подготовка реферативной работы	УК-1, ПК-9	Р

* Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, СЗ-ситуационная задача

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

Кмпетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - возможности и способы применения основ 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 основ 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
ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Знает: - основные положения и значение психосоматики как отрасли междисциплинарной медико-психологической области для формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	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: - применять сведения из психосоматики как отрасли междисциплинарной медико-психологической области для формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на СЗ 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 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	ТЗ	УК-1, ПК-9
2 этап	Написание реферата по теме	Экспертная оценка преподавателя	УК-1, ПК-9

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, ПК-9

Контрольные вопросы

1. Биопсихосоциальная концепция болезненных расстройств.
2. Практическая значимость основных концепций психосоматический 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, ПК-9

Контрольные вопросы

1. **Поясните характ**ер 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-1, ПК-9
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.

1. Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-9
2. Контрольные вопросы
3. Раскройте понятие «психосоматическое расстройство».
4. Расскажите о профилактике вторичной травматизации в работе врача.
5. Перечислите основные методы профилактики вторичной травматизации врача первичного звена.
6. Перечислите основные метолы саморегуляции эмоционального напряжения.
7. Опишите алгоритм саморегуляции эмоционального напряжения.
8. Как связаны вторичная травматизация и синдром эмоционального выгорания.
9. Расскажите о синдроме эмоционального выгорания.
10. Перечислите основные факторы формирования эмоционального выгорания.
11. Назовите основные проявления эмоционального выгорания.
12. 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, ПК-9

Темы рефератов

1. Этапы развития психосоматического направления в мире.
2. Этапы развития психосоматического направления в России.
3. Основополагающие 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. Психосоматическая теория как бытовой миф.
11. Особенности восприятия заболевания психосоматическими пациентами.
12. Адаптация человека в ситуации психосоматического нарушения.
13. Влияние бытовых заблуждений на восприятие психосоматических нарушений.
14. Психосоматические нарушения и психическое здоровье человека.
15. Типы отношения к болезни.
16. Причины психосоматических реакций.
17. Психосоматическая медицина.
18. Мифы о психосоматике.
19. Критическая оценка психосоматических обоснований Луизы Хэй и Лиз Бурбо.
20. Цели и задачи врача при взаимодействии с родственником психосоматического пациента.
21. Цели и задачи врача-психотерапевта при взаимодействии с родственником психосоматического пациента.
22. Особенности детско-родительского взаимодействия в ситуации психосоматического заболевания.
23. Проявления и психологические механизмы конверсии.
24. Характеристика и типы соматизированных (маскированных) депрессий. Роль врача в профилактике соматизированных депрессий.
25. Соматоформные расстройства: проявления и психологические механизмы. Роль врача в профилактике их возникновения.

Тестовые задания

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 X1X 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 психоссоматике 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

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 состояние 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 EPI Айзенка
b) методика MMPI
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) Александера

62. К представителям концепции личностных профилей относят:
a) Фрейда
b) Александера
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

Вторичная травматизация – это:
a) соматическое повреждение
b) психосоматическое повреждение
c) индуцирование специалиста сверхсильным эмоциональным напряжением клиента
d) психическое повреждение

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

Вторичная травматизацию:
a) следует избегать
b) невозможно избежать
c) стыдно признавать
d) бесполезно профилактировать

Вторичная травматизация характерна для профессии:
a) строителя
b) бухгалтера
c) менеджера среднего звена
d) врача

Вторичная травматизация и эмоциональное выгорание:
a) разные названия одного и того же явления
b) взаимосвязанные явления
c) взаимоисключающие явления
d) схожие явления

Эмоциональное выгорание – это:
a) соматическая реакция на стресс
b) психосоматическая реакция на стресс
c) соматопсихическая реакция на стресс
d) неадаптивная реакция на стресс

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

Эмоциональное выгорание:
a) Следует избегать
b) Невозможно избежать
c) Стыдно признавать
d) Следует избегать; Невозможно избежать; Стыдно признавать

Эмоциональное выгорание характерно для профессии:
a) Психолога
b) Врача
c) Бухгалтера
d) Специалиста в сфере коммуникации

К уровням профилактики эмоционального выгорания не относятся:
a) личностный
b) профессиональный
c) организационный
d) культуральный

К основным подходам в профилактике эмоционального выгорания не относятся:
a) снижение уровня стресса
b) осознавание смысла работы
c) осознавание смысла жизни
d) увеличение нагрузки

Эффективная коммуникация не является:
a) фактором профилактики эмоционального выгорания
b) признаком профессионализма
c) признаком личностной зрелости человека
d) признаком нравственности

Эффективная коммуникация не включает в себя:
a) осознание специалистом собственных мотивов
b) реалистичность ожиданий специалиста
c) понимание специалистом особенностей целевой группы
d) паттернализм

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

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 сообщатся 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
б) доверие адаптивным ресурсам пациента
c) уверенность в положительных аспектах информирования
d) демонстрацию сопереживания

98. Трудную информацию врач должен сопровождать фразой:
a) Все будет хорошо
б) 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
d) одобрение пациентов

100. Балинтовская сессия не является:
а) Эффективный методом профилактики профессионального выгорания врача
б) Эффективный методом осознавание вторичной травматизации врача
с) Методом, включающим в себя элементы развития коммуникативных навыков врача
d) Основным методом коррекции психосоматического расстройства

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)

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Основы психосоматики»

ординатура по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Основы психосоматики» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры психологии.

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)

1. 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), теснуюувязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточноеколичество 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 бытькратким 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 формулировкахосновные 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.

Организующая 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 иобзорная.

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, ёе 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 учебнойдисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Этосамый 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 трояким 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 и т.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 общаязакономерность 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 обучающихсяна лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

2. 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 обучающийся.

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 обучающихся 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 ситуационныхпроизводственных задач,

- выполнение профессиональных функций в деловыхиграх 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 наимеющиеся 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.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

3.1 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.

3.2 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. Прочесть 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 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 «∅» 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 (х) в качестве знака умножения ставиться:

–при указании размеров: 4,5х3 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.

Приложение

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 31.08.28 Гастроэнтерология

Научный руководитель:
_____
(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Санкт-Петербург
2023

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.

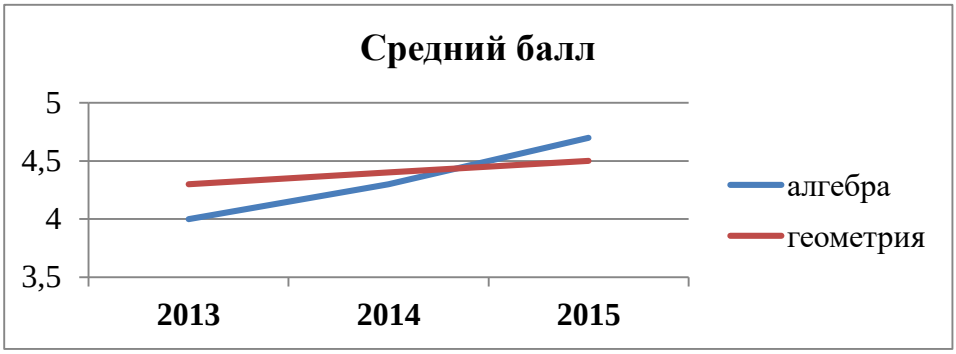


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

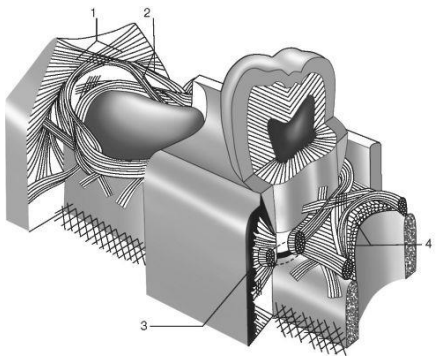


Рисунок 5 – Волокна периодонта

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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Дисциплина	**ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ**
	(наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.28 Гастроэнтерология**
	(код специальности и 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.)**

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа дисциплины «Психологические аспекты медицинской реабилитации» дисциплины разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- 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.пс.н.	И.о. заведующего кафедрой психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Великанов Арсений Апетович	к.психол.н., доцент	Доцент кафедры психологии	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа дисциплины «Психологические аспекты медицинской реабилитации» рассмотрена и обсуждена на заседании кафедры психологии «27» ноября 2023 г., протокол № 3.

Рабочая программа дисциплины «Психологические аспекты медицинской реабилитации» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
«28» ноября 2023 г., протокол №09/2023.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Дисциплина посвящена роли психологического сопровождения в комплексе реабилитационных мероприятий для пациентов различного профиля. Рассматриваются результаты современных исследований адаптации личности к ситуации жизнеугрожающего заболевания или оперативного вмешательства, уделяется внимание рискам дестабилизации эмоционального состояния, снижения мотивации к выполнению медицинских рекомендаций, нарушения общего психологического и социально-психологического благополучия пациентов в период восстановительного лечения. Выделяются особенности реабилитации детей, лиц пожилого возраста и инвалидов с учетом психологии данных групп пациентов. Анализируются основные «мишени» психологического вмешательства в процессе реабилитации: стресс, тревожные и депрессивные состояния и расстройства, враждебность, личностный тип Д, пессимистичность, низкий уровень социальной поддержки и социальная изоляция. Дается представление об основных методах психологической помощи на этапе реабилитации, включая возможности индивидуального и группового, очного и онлайн сопровождения.

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: формирование представлений ординаторов о роли психологического сопровождения в комплексе реабилитационных мероприятий для пациентов различного профиля и об основных методах психологической помощи на этапе реабилитации.

Задачи изучения дисциплины:

1. Сформировать представление об основных задачах психологического сопровождения в комплексе реабилитационных мероприятий.
2. Изучить этапы психологической адаптации человека к ситуации реабилитации.
3. Рассмотреть принципы и приемы конструктивного взаимодействия врача с человеком в период реабилитации и его родственниками.
4. Познакомить ординаторов с методами психологической помощи на этапе реабилитации, включая возможности индивидуального и группового, очного и онлайн сопровождения.

2. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Психологические аспекты медицинской реабилитации» относится к дисциплинам по выбору вариативной части Блока 1. «Дисциплины» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Междисциплинарные и внутридисциплинарные 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	Показатели достижения освоения компетенции	Код и наименование универсальной компетенции
Унивесальные компетенции	**УК-1** Готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает:- возможности и способы применения психологии реабилитации в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ
		Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения психологии реабилитации в профессиональном контексте	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ
Реабилитационная деятельность	**ПК-8** Готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знает:- методы и приемы применения психологии реабилитации для применения в профессиональной деятельности у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ
		Умеет: - использовать методы и приемы применения психологии реабилитации в профессиональной деятельности у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ

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	**часы**	**72**	72
	зач. ед.	**2**	2
Из них на практическую подготовку в час.*		**33**	33

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 психологию реабилитации.	2	4	8	14	6
Тема 2. Психология пациента на этапе реабилитации.	2	8	12	22	10
Тема 3. Психологические аспекты реабилитации пациентов различного профиля.	2	8	12	22	10
Тема 4. Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания.	-	4	10	14	7
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	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 1						
Тема 1.	Введение в психологию реабилитации.	2	Психология реабилитации как междисциплинарная область науки и практики. Цель и задачи психологии реабилитации. Методы диагностики когнитивного и эмоционального статуса пациента в период реабилитации. Методы психологической помощи на этапе реабилитации. Возможности индивидуального и группового сопровождения в период реабилитации. Очный и онлайн формат психологического сопровождения.	УК-1, ПК-8	Мультимедийная презентация	КВ
Тема 2.	Психология пациента на этапе реабилитации.	2	Ситуация реабилитации как событие в жизни человека. Отношение к реабилитации. Особенности отношения к болезни на этапе рабилитации. Этапы психологической адаптации к режиму реабилитации. Проблема комплаенса на этапе реабилитации. Психологические факторы и приемы формирования комплаенса.	УК-1, ПК-8	Мультимедийная презентация	КВ
Тема 3.	Психологические аспекты реабилитации пациентов различного профиля.	-	Психологическая специфика реабилитационного периода для пациентов различного профиля.	УК-1, ПК-8	Мультимедийная презентация	КВ
	ВСЕГО	**6**				

* ***Оценочные средства:*** *КВ – контрольные вопросы*

4.4. Тематический план занятий семинарского типа -

№ темы	Форма проведения занятия	Наименование темы занятия	Часы	в том числе на ПП *	Содержание темы занятия	Формируемые компетенции	Формы и методы текущего контроля
Курс 1							
1.	Семинар	Введение в психологию реабилитации.	4	2	Методы диагностики когнитивного и эмоционального статуса пациента в период реабилитации. Методы	УК-1, ПК-8	КЗ

					психологической помощи на этапе реабилитации. Возможности индивидуального и группового сопровождения в период реабилитации. Очный и онлайн формат психологического сопровождения.		
2.	Семинар	Психология пациента на этапе реабилитации.	4	2	Ситуация реабилитации как событие в жизни человека. Отношение к реабилитации. Особенности отношения к болезни на этапе рабилитации. Этапы психологической адаптации к режиму реабилитации.	УК-1, ПК-8	СЗ, КЗ
	Семинар		4	2	Проблема комплаенса на этапе реабилитации. Психологические факторы и приемы формирования комплаенса.	УК-1, ПК-8	КЗ
3.	Практическое занятие	Психологические аспекты реабилитации при различных нозологиях.	4	2	Психологическая специфика реабилитационного периода для пациентов различного профиля: при сердечно-сосудистых заболеваниях, при заболеваниях органов дыхания и пищеварения, при заболеваниях кожи инфекционных заболеваниях. Психологическая специфика реабилитационного периода в неврологии, хирургии, акушерстве и гинекологии.	УК-1, ПК-8	П
		Психологические аспекты реабилитации пациентов различного типа.	4	2	Психологические аспекты реабилитации пациентов разного возраста. Особенности психологии детей и подростков в ситуации реабилитации. Психологическая специфика реабилитационного процесса для пожилых людей. Психологические особенности реабилитации инвалидов.	УК-1, ПК-8	П
4.	Практическое занятие	Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания.	4	2	Понятие «синдром выгорания». Факторы профессионального выгорания. Методы профилактики синдрома выгорания в работе врача. Способы эмоциональной и смысловой саморегуляции врача.	УК-1, ПК-8	КЗ
ВСЕГО			**24**	**12**			

СЗ – ситуационные задачи, П – темы для презентаций, КЗ—контрольные задания

****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. Внеаудиторная самостоятельная работа

Вид самостоятельной работы	Часы	Формируемые компетенции
Подготовка к занятиям, ведение дневника наблюдений	10	УК-1, ПК-8
Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	11	УК-1, ПК-8
Подготовка презентаций, выполнение контрольных заданий, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	21	УК-1, ПК-8

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	**КЗ**	**ТЗ**	**СЗ**	**П**
Текущий контроль	Тема 1. Введение в психологию реабилитации.	10	1	15		-
	Тема 2. Психология пациента на этапе реабилитации.	10	2	15	22	-
	Тема 3. Психологические аспекты реабилитации пациентов различного профиля.	15	-	15	-	15
	Тема 4. Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания.	10	1	15		
Промежуточная аттестация по дисциплине – зачет		45	4	60	22	15

КВ – контрольные вопросы, КЗ- контрольные задания, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, П – темы для презентаций.

5.2. Организация текущего контроля знаний

№ п/п	Наименование темы (раздела) Дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Тема 1. Введение в психологию реабилитации.	УК-1, ПК-8	КВ, КЗ
2.	Тема 2. Психология пациента на этапе реабилитации.	УК-1, ПК-8	КВ, КЗ, СЗ
3.	Тема 3. Психологические аспекты реабилитации пациентов различного профиля.	УК-1, ПК-8	КВ, П
4.	Тема 4. Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания.	УК-1, ПК-8	КВ, КЗ

КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, П – темы для презентаций, КЗ— контрольные задания

5.3. Организация контроля самостоятельной работы

№ п/п	Вид работы	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Подготовка к занятиям	УК-1, ПК-8	КВ
2.	Самостоятельная работа с вопросами для текущего контроля	УК-1, ПК-8	КВ
3.	Подготовка рефератов, докладов, подбор и изучение литературных источников, интернет-ресурсов	УК-1, ПК-8	КВ

КВ – контрольные вопрос.

5.4. Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – зачет

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	**Вид задания**	**Оценочные материалы**	**Проверяемые компетенции**
1	Тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-8

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.

Этапы проведения промежуточной аттестации:
Тестирование. Тестовая база содержит 60 заданий, из которых случайным образом выбирается 30 заданий, на которые студент должен дать ответ за 30 минут.

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

Типовые оценочные средства.

Примеры типовых контрольных вопросов
для проверки формирования компетенций

Компетенции УК-1, ПК-8

1. Раскройте роль психологического сопровождения в период реабилитации.
2. Назовите особенности восприятия пациентами изменений в связи с заболеванием в зависимости от этапа течения заболевания.
3. Перечисли этапы психологической адаптации пациента к ситуации реабилитации.
4. Перечислите методы формирования комплаенса пациентов в период реабилитации.

Примеры ситуационных задач
для проверки формирования компетенций

Компетенции УК-1, ПК-8

1. Создайте психодиагностический комплекс для экспресс-оценки когнитивного статуса пациента неврологического профиля.
2. Предложите комплекс методов экспресс-оценки эмоционального статуса пациента на этапе реабилитации после перенесенного инфаркта миокарда.
3. На приеме пациент ведет себя агрессивно и несдержанно. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
4. На приеме пациент выглядит удрученным и деконцентрированным. Постройте тактику экологичного взаимодействия.
5. Предложите комплекс приемов психологической самопомощи при выявлении первичных симптомов выгорания врача.
6. Разработайте программу приемов психологической помощи при выявлении симптома эмоционального истощения врача.

Примеры типовых тестовых заданий
для проверки формирования компетенций

Компетенции УК-1, ПК-8

ТЗ 1. Главная цель психологической помощи детям и подросткам заключается в:
a) повышении качества жизни детей и подростков;
b) развитии методического инструментария в работе с детьми;
c) **поддержании психологического здоровья детей**;
d) в планировании учебной программы образовательного учреждения.

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) клинико-диагностическая беседа; наблюдение за психическими и поведенческими реакциями пациента; психодиагностическое обследование.

ТЗ 3. 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.

ТЗ 4. 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 заинтерсованность 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**

ТЗ 5. Способы поддержания психического и профессионального здоровья врача:
a) самореализация и профессиональный рост
b) регулярное участие в балинтовсских 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**

ТЗ 6. Основные факторы, влияющие на эмоциональное благополучие и профессиональное долголетие специалиста в сфере здравоохранения.
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 (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)
КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (https://cyberleninka.ru)
Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)
(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. Ильина, И. В. Медицинская реабилитация: учебник для вузов / И. В. Ильина. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/512106
3. Ильина, И. В. Медицинская реабилитация. Практикум: учебное пособие для вузов / И. В. Ильина. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/51391

Дополнительная литература:

1. 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
2. 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
3. Ачкасов, Е. Е. Психологические аспекты медицинской реабилитации: учебное пособие / под ред. Ачкасова Е. Е., Твороговой Н. Д. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446010.html
4. Авдиенко, Г. Ю. Психологическая коррекция и реабилитация участников боевых действий: учебник и практикум для вузов / Г. Ю. Авдиенко. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/516159
5. Степанов, В. Г. 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. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/515657

7. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ:

- Методическое материалы по дисциплине «Педагогика» для специальности 31.08.28 Гастроэнтерология / Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2022.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

«Психологические аспекты реабилитации» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология 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 «Психологические аспекты реабилитации» 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 «Психологические аспекты реабилитации» соответствует требованиям ФГОС ВО 31.08.28 Гастроэнтерология программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности.

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 «Психологические аспекты реабилитации» 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.

Приложение № 1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ПСИХОЛОГИЧЕСКИЕ АСПЕКТЫ МЕДИЦИНСКОЙ РЕАБИЛИТАЦИИ»

Специальность ординатуры	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-гастроэнтеролог»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине **«Психологические аспекты медицинской реабилитации»**

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 психологию реабилитации.	УК-1, ПК-8	ТЗ, КВ, КЗ
Тема 2. Психология пациента на этапе реабилитации.	УК-1, ПК-8	ТЗ, КВ, КЗ, СЗ
Тема 3. Психологические аспекты реабилитации пациентов различного профиля.	УК-1, ПК-8	ТЗ, КВ, П
Тема 4. Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания.	УК-1, ПК-8	ТЗ, КВ, КЗ

* ***Оценочные средства:*** *КВ – контрольные вопросы, ТЗ – тестовые задания, СЗ – ситуационные задачи, П – темы для презентаций, КЗ—контрольные задания*

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

Компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-1 готовностью к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает:- возможности и способы применения психологии реабилитации в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное решение СЗ Корректное выполнение КЗ по всем пунктам задания Презентация по теме не менее 10 слайдов с опорой на источники за последние 10 лет	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - критически оценивать возможности и способы применения психологии реабилитации в профессиональном контексте	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное решение СЗ Корректное выполнение КЗ по всем пунктам задания Презентация по теме не менее 10 слайдов с опорой на источники за последние 10 лет	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ
ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знает:- методы и приемы применения психологии реабилитации для применения в профессиональной деятельности у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное решение СЗ Корректное выполнение КЗ по всем пунктам задания Презентация по теме не менее 10 слайдов с опорой на источники за последние 10 лет	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: - использовать методы и приемы применения психологии реабилитации в профессиональной деятельности у пациентов,	Правильность ответа на ТЗ Полнота ответа на КВ Корректное решение СЗ Корректное выполнение КЗ по всем пунктам задания Презентация по теме не менее 10	Для текущего контроля: КВ, СЗ, КЗ, П Для промежуточной аттестации: ТЗ

	нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	слайдов с опорой на источники за последние 10 лет	

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

Оценка	Собеседование по контрольным вопросам	Решение ситуационной задачи	Выполнение контрольного задания	Подготовка презентации
Не зачтено	В ответе демонстрируются крайне фрагментарные знания в рамках учебной программы; студент 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.	Некорректное решение ситуационных задач без соответствия с эталонами ответов	Задание не выполнено, задание выполнено не в соответствии с пунктами задания	Презентация по теме не из предложенного списка, содержит менее 10 слайдов. Отсутствуют ссылки на источники. Использованы публикации старше 10 лет
Зачтено	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.	Некорректное решение ситуационных задач в соответствии с эталонами ответов	Корректное выполнение по всем пунктам задания	Презентация по теме из предложенного списка, содержит 10 — 15 слайдов. Имеют ссылки на используемую литературу. Использованы публикации по теме за последние 10 лет

4. Форма промежуточной аттестации по дисциплине: зачет

Оценка	**Решение тестовых заданий**
Неудовлетворительно	70% и менее верных ответов
Удовлетворительно (зачет)	71-80% верных ответов
Хорошо (зачет)	81-90% верных ответов
Отлично (зачет)	91-100% верных ответов

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

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	Тестирование	ТЗ	УК-1, ПК-8

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

***Сокращения оценочных средств:**
КВ – контрольные вопросы
СЗ –ситуационные задачи
КЗ – контрольные задания
П – темы для презентаций

Тема 1. Введение в психологию реабилитации (УК-1, ПК-8)

Контрольные вопросы
1. Охарактеризуйте психологию реабилитации как междисциплинарную область науки и практики, медицины и психологии.
2. Назовите цель и задачи психологии реабилитации.
3. Раскройте роль психологического сопровождения в комплексе реабилитационных мероприятий.
4. Перечислите этапы психологического сопровождения пациента на этапе реабилитации.
5. Приведите примеры показаний к прохождению психологической реабилитации пациентов соматической клиники.
6. Укажите методы диагностики эмоционального статуса пациента в период реабилитации.
7. Укажите методы диагностики когнитивного статуса пациента в период реабилитации.
8. Перечислите методы психологической помощи на этапе реабилитации.
9. Раскройте возможности индивидуального и группового сопровождения в период реабилитации.
10. Опишите специфику очного и онлайн форматов психологического сопровождения в период реабилитации.

Контрольное задание
Интерпретация и анализ результатов методики «Шкала оценки изменений Университета Род-Айленд» Э.Н. МакКоннахью и соавт. в адаптации В.М. Ялтонского для планирования реабилитационного процесса с учетом мотивации личности к лечению.
Инструкция: внимательно ознакомьтесь с содержанием практического задания, выполните задание в соответствии с каждым пунктом (1 - 5).
1. Ознакомьтесь с теоретическими основами психологической диагностики мотивации к изменению, которую часто используют для выявления мотивации реабилитации.
2. Заполните опросник «Шкала оценки изменений Университета Род-Айленд».
3. Подсчитайте и проанализируйте полученные результаты, учитывая шкалы опросника.
4. Сформируйте психологическое заключение с учетом полученного мотивационного профиля личности.
5. Сформулируйте рекомендации по реабилитационным мероприятиям и специфике их реализации с связи с выявленными особенностями мотивации к изменению пациента.

Тема 2. Психология пациента на этапе реабилитации (УК-1, ПК-8)

Контрольные вопросы

1. Раскройте представление о болезни как о трудной жизненной ситуации?
2. В каких случаях болезнь можно рассматривать как психотравмирующее событие?
3. Каковы наиболее общие факторы, определяющие психологические особенности пациента?
4. В чем различия понятия «состояние здоровья» и «самочувствие»?
5. Как определяется понятие «внутренняя картина болезни»?
6. Какие способы диагностики отношения к болезни Вы знаете?
7. Каковы компоненты отношения к болезни и факторы, влияющие на формирование отношения к заболеванию?
8. Назовите основные типы отношения к болезни, раскройте их содержательную характеристику.
9. В чём заключается психологическое воздействие госпитализации?
10. Раскройте понятие психологической адаптации пациента к заболеванию.

Контрольное задание № 1

Интерпретация и анализ результатов методики «Тип отношения к болезни» (Л.И. Вассерман, А.Я. Вукс, Б.В. Иовлев, Э.Б. Карпова) для планирования реабилитационного процесса с учетом типа отношения пациента к заболеванию.

Инструкция: внимательно ознакомьтесь с содержанием практического задания, выполните задание в соответствии с каждым пунктом (1 - 5).

1. Ознакомьтесь с теоретическими основами психологической диагностики отношения к болезни, структурой опросника ТОБОЛ.
2. Заполните опросник ТОБОЛ.
3. Подсчитайте и проанализируйте полученные результаты, учитывая шкалы опросника.
4. Сформируйте психологическое заключение с учетом полученного типологического профиля отношения к болезни.
5. Сформулируйте рекомендации по реабилитационным мероприятиям и специфике их реализации с связи с выявленными особенностями отношения к болезни.

Контрольное задание № 2

Интерпретация и анализ результатов психодиагностических методик для оценки комплаентности для планирования реабилитационного процесса с учетом мотивации личности к лечению.

Инструкция: внимательно ознакомьтесь с содержанием практического задания, выполните задание в соответствии с каждым пунктом (1 - 5).

1. Ознакомьтесь с теоретическими основами психологической диагностики комплаентности на примере методик: Опросник «Уровень комплаентности» (Р. В. Кадыров, О. Б. Асриян, С. А. Ковальчук), Тест комплаентности Мориски-Грин и Шкали медикаментозного комплаенса (ШМК НИПНИ им. В. М. Бехтерева).
2. Выполните вышеназванные методики.
3. Подсчитайте и проанализируйте полученные результаты, учитывая шкалы опросников.
4. Выполните сравнительный анализ результатов методик, оцените возможности и ограничения их применения в реабилитации пациентов в связи с Вашей специальностью.
5. Сформулируйте рекомендации по реабилитационным мероприятиям и специфике их реализации с связи с выявленными особенностями комплаентности.

Ситуационные задачи (УК-1, ПК-8)

Инструкция. Внимательно прочитайте текст задачи, определите тип отношения к болезни (реакцию на болезнь).

Задача 1

У больной, 19 лет, с полным средним образованием, обнаружена положительная реакция Вассермана. Не отрицая случайных половых связей и указывая, что около месяца назад у нее были высыпания на теле, которые прошли сами собой, категорически отказалась от лечения, и не вняла объяснениям медицинского персонала. Вечером рассказала подруге, плача от обиды, что ее заставляют лечить “позорную болезнь”, какой у нее нет и быть не может.

Определите тип реакции на болезнь.

Задача 2

Больная М., 26 лет, по специальности врач. Поступила в больницу с приступом аппендицита. После операции, прошедшей успешно, больная стала требовать введения больших доз активных антибиотиков, хотя объективных показателей для их назначения не было. Неприятные ощущения в организме, связанные с периодом восстановления в послеоперационный период, больная восприняла как признаки инфицирования. Постоянно жаловалась на сильное недомогание, головную боль, сильную тошноту и связывала данные симптомы с индивидуальной непереносимостью наркоза, несмотря на нормальные показатели всех проведенных исследований.

Определите тип реакции на болезнь.

Задача 3

Больной 45 лет, инженер, был направлен на стационарное обследование с подозрением на опухолевый процесс в легком. После проведения флюорографии, когда диагноз подтвердился, больному была рекомендована операция. Он категорически отказался от оперативного лечения, хотя врач рассказал о предполагаемом характере опухоли и последствиях. После этого больной самовольно ушел из стационара, жене сообщил, что не совсем грамотные врачи приняли последствия перелома ребер в юношеском возрасте за онкологическое заболевание и хотели оперировать его с другими “раковыми” больными.

Определите тип реакции на болезнь.

Задача 4

Пожилую женщину, лет 60, проживающую в деревне, приводят к терапевту родственники. Родственники беспокоятся за здоровье женщины. Они сообщают, что у пациентки есть проблемы с сердцем. Врач назначает обследование, при котором выясняется, что у пациентки действительно есть проблемы с сердцем. Врач назначает лечение - уколы, лекарства, физиолечение. Однако пациентка отказывается наблюдаться у врача, соблюдать рекомендации. Объясняя свое поведение тем, что это не болезнь, а последствия погрешностей в соблюдении поста. Сообщает, что пойдет в церковь, помолится и «все пройдет». **Какой тип отношения к болезни демонстрирует пациент?**

Задача 5

Елена С., 16 лет находится на стационарном лечении в детском отделении наркологического диспансера повторно. Разница в дате выписки и поступления 7 дней. Употребляет героин с 12 лет. Имеет две условные судимости, за кражи. Воспитывается в полной, обеспеченной семье. Направлена на лечение по настоянию родителей. Сама считает себя здоровым человеком. Помимо медикаментозного лечения проходит индивидуальную и групповую психотерапию в

условиях стационара. На вопрос психотерапевта, почему снова поступила в больницу, отвечает: «Да просто захотела наркотик и родители опять заставили лечиться». **Определите тип отношения к болезни.**

Задача 6
Екатерина Г., 34 года поступила на лечение в стационар в плановом порядке с ранее установленным диагнозом «Эпилепсия с частыми простыми и сложными парциальными и редкими вторично-генерализованными судорожными припадками». Страдает эпилепсией с 13 лет. Инвалид детства. В настоящее время не работает официально. На вопрос психолога «Чем занимаетесь дома?», пациентка отвечает: «Помогаю, матери и бабушке по хозяйству, хожу по магазинам и пишу стихи на заказ… хочу быть нужной людям…стараюсь жить и быть счастливой». Утверждает, что старается выполнять все медицинские рекомендации. В результате экспериментально-психологического исследования психологом было выявлено отсутствие нарушений в когнитивной сфере, интеллектуальные функции сохранны.
Определите имеющиеся тип отношения к болезни.

Задача 7. Больной К., 47 лет, поступил в стационар с приступом стенокардии. Отмечается постоянное напряжение и тревожность в отношении своего заболевания. Все время сомневается в эффективности лечения. Требует консультаций у других врачей отделения. Больной часто проявляет интерес к результатам анализов и мнительность по поводу возможных осложнений. Постоянно интересуется об альтернативных методах лечения. Настроение чаще подавленное. **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 8. Больная Т., 45 лет, находится на стационарном лечении по поводу язвенной болезни желудка. При поступлении в стационар сразу заявила, что ее кто-то сглазил. Больная очень подозрительна и настороженна к получаемой терапии и к лечебным процедурам. Как-то после очередного укола почувствовала недомогание и обвинила медицинский персонал в стремлении ухудшить ее состояние и тем самым, усугубить тяжесть заболевания. **Определите тип отношения к болезни у данной больной.**

Задача 9. Определите тип внутренней картины болезни
Вера К, 16 лет: «Мне поставили диагноз о. гайморит. Из медицинской литературы я узнала, что это заболевание лечится путем оперативного вмешательства. Я боюсь осложнений, мне страшно об этом думать. Мне будут делать операцию в носу, а вдруг они заденут мозг и что-нибудь не так сделают. А вдруг я умру! Доктор прописал мне лекарства. Я их пью каждый день. Я хочу, чтобы само все прошло, боюсь операции». **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 10. Определите тип внутренней картины болезни
Роберт М., 13лет, перелом ноги: «Мы прыгали в сугробы, и я прыгнул на бетон. Не заметил, под снегом не видно. Я сломал себе бедро и теперь лежу в больнице. У меня гипс, и я лежу в кровати и никуда не хожу – мне нельзя двигаться. Это нужно для того, чтобы кости правильно срослись. Доктор сказал, что тогда я скорее поправлюсь. Он выписал мне витамины, чтобы я выздоравливал. Я настроен вылечить свою ногу». **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 11
Больной Л. 25 лет. Хр. гастрит с повышенной секрецией. Периодически беспокоят изжога, боли в эпигастрии, проходящие после приема пищи. Больной не акцентирует внимание на своем заболевании. Говорит, что ему некогда болеть и он не может тратить время на пустые

обследования. Болевые симптомы заглушает обезболивающими препаратами. Больной с крайней ответственностью относится к своей работе и проводит там большую часть суток. **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 12
Больной Б. 60 лет. Перенес инсульт. Был парализован, но со временем левая рука восстановила свои функции. Был выписан домой. Дома чувствует себя не комфортно, ему кажется, что он в тяжесть своей семье. Переживает, что родственники считают, что он стал «совсем ущербным, несостоятельным». Больной боится лишний раз побеспокоить их какой-либо просьбой. Думает, что он мешает близким жить полноценной жизнью, чувствует себя лишним в семье. Подавлен. **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 13
Больной Г. 42 года. Диагноз – сифилис. Проходит лечение на венерическом отделении. Настроение мрачное и озлобленное. Работал продавцом на рынке. Как рассказывал сам, после того, как узнал свой диагноз, решил отомстить людям за болезнь. Для этого он пропитывал тряпку своей мочой и обтирал ею фрукты, которые продавал, надеясь, что они тоже заразятся сифилисом. **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 14
Больной Т. 40 лет. Язва желудка. Поступил в стационар с болями в эпигастрии, изжогой, отрыжкой и общим недомоганием. Несмотря на проведенное обследование и поставленный диагноз, считает, что у него онкология. Предпочитает нетрадиционное лечение: (уринотерапия, гирудотерапия). В успех традиционного лечения не верит. Постоянно обнаруживает у себя неприятные ощущения от лекарств и процедур. Больной лечащему врачу не доверяет и часто просит консультаций у других специалистов, более авторитетных, по его мнению. **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 15
К Вам в госпиталь привезли пациента 40 лет с подозрением на инфаркт. Пациент был доставлен прямо с работы, где он занимает ответственную руководящую должность. В ходе сбора анамнеза выяснилось, что пациент уже 4 года не был в отпуске, на больничном за последние 10 лет был только один раз 3 года назад с острым аппендицитом и выписался через 3 дня, с неснятыми швами, так как необходимо было присутствовать на важном совещании. Боли в сердце его беспокоят уже пару месяцев, периодически повышается давление, есть боли в районе желудка, но он не обращал на них внимания, так как ему «некогда заниматься всякой ерундой, потому что очень много работы, которую некому больше делать».
Какой тип отношения к болезни демонстрирует врачу пациент?

Задача 16
Больной С. 19 лет. Новообразование правой почки. Врачи прописали, кроме лекарств, режим и диету. Юноша рекомендации врачей не соблюдает, нарушает диету: пьет пиво, ест острое, соленое, копченое. Жизнь свою не меняет, ведет разгульный образ жизни, чрезмерно занимается спортом. Больной агрессивен, матери грубит и говорит, что будет жить так, как посчитает нужным. **Определите тип отношения к болезни у данного больного.**

Задача 17
Больная К. 41 год. При сборе анамнестических данных, выяснено, что больная является общительным человеком, постоянно стремится занять главенствующее положение в любом коллективе. В больнице постоянно старается различными способами привлечь к себе внимание

медицинского персонала и больных. Выставляет напоказ свои страдания и переживания, при отсутствии реакции на ее состояние, начинает плакать. Требует признания своей исключительности. От родных требует постоянной заботы в отношении себя и часто упрекает их в недостаточном сочувствии к ее плохому состоянию.
Определите тип отношения к болезни у данного больного
.

Задача 18
Беременная 26 лет, срок беременности 14 недель, поступила на отделение эндокринной гинекологии с диагнозом угроза прерывания беременности, токсикоз первой половины беременности. Капризна, требует к себе повышенного внимания, на второй день пребывания на отделении начала говорить, что лечение не помогает, она не чувствует никакого улучшения, утром накричала на процедурную медсестру, потому что та, по словам пациентки, очень больно взяла у нее кровь, потом расплакалась попросила прощения.
Определите тип отношения к болезни.

Задача 19
Пациентка К. 36 лет, беременность 8 недель, поступила на отделение гинекологии с начавшимся выкидышем. Из анамнеза: беременность 4-ая, предыдущие три закончились выкидышем на раннем сроке. При госпитализации утверждала, что она здесь ненадолго, что это не выкидыш, а простое нарушение гормонального баланса. На назначенное выскабливание отреагировала негативно, убеждала, что знает, как протекает выкидыш, а в этот раз все происходит по-другому и она точно уверена в нормальном развитии беременности.
Определите тип отношения к болезни.

Задача 20
У девушки болит зуб, реагируя на изменение температуры, твердое и т.д. на прием к стоматологу пациентка не идет, т. к. сильный завал на работе и времени катастрофически не хватает. К профессиональным обязанностям относится очень ответственно и готова работать сверхурочно ради идеального выполнения каждой мелочи. **Какой тип отношения к болезни демонстрирует пациентка?**

Задача 21
Больной М. 41 год, поступил в инфекционную больницу с диагнозом: Гепатит В. Со слов соседей по палате, постоянно лежит с тоскливым выражением лица. Постоянно рассуждает о безысходности своего положение и о плачевном исходе, в связи с данным диагнозом. Не верит в свое выздоровление и считает, что лучше умереть, чем жить с таким тяжелым заболеванием. Оптимистичным прогнозам врачей не верит, считает, что ему боятся рассказать всю правду о катастрофичности его положения.
Какой тип отношения к болезни демонстрирует пациент?

Задача 22
Больная Т. 52 года, поступила на отделение гинекологии с маточным кровотечением. Ведет себя спокойно, не общительна, на ответы отвечает односложно. Своим диагнозом и прогнозом не интересуется. К назначенным процедурам относится равнодушно, сама про них не вспоминает, но, когда вызывают на очередную процедуру, не сопротивляется и покорно следует за мед. сестрой. С соседками по палате разговаривает редко, больше пребывает в состоянии задумчивости и отрешенности.
Какой тип отношения к болезни демонстрирует пациентка?

Тема 3. Психологические аспекты реабилитации пациентов различного профиля
(УК-1, ПК-8)

Контрольные вопросы

1. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов акушерско-гинекологического профиля.
2. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации при травмах опорно-двигательного аппарата.
3. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
4. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации при онкологических заболеваниях.
5. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации при заболеваниях органов дыхания.
6. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов неврологической клиники.
7. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов наркологической клиники.
8. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации при заболеваниях пищеварительной системы.
9. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации при заболеваниях кожи.
10. Назовите психологически важные аспекты медицинской реабилитации при инфекционных заболеваниях.
11. Раскрой психологические аспекты реабилитации пациентов разной социокультурной идентичности.
12. Опишите особенности психологии детей и подростков в ситуации реабилитации.
13. Охарактеризуйте психологическую специфику реабилитационного процесса для пожилых людей.
14. Укажите психологические особенности реабилитации инвалидов.
15. Обоснуйте важность учета в реабилитационном процессе фактора профессиональной мотивации пациентов.

Темы для презентаций

Инструкция. Выберите тему из представленного списка и подготовьте устный доклад с презентацией по выбранной теме. При подготовке доклада следует учитывать время выступления: 7 — 10 минут; презентация должна содержать 10 — 15 слайдов. При подготовке презентации следует ссылаться на используемую литературу. Предпочтение отдается публикациям по теме за последние 10 лет.

1. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов акушерско-гинекологического профиля.
2. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации при травмах опорно-двигательного аппарата.
3. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов с сердечно-сосудистыми заболеваниями.
4. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации при онкологических заболеваниях.
5. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации при заболеваниях органов дыхания.

6. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов неврологической клиники.
7. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации для пациентов наркологической клиники.
8. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации при заболеваниях пищеварительной системы.
9. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации при заболеваниях кожи.
10. Психологически важные аспекты медицинской реабилитации при инфекционных заболеваниях.
11. Психологические аспекты реабилитации пациентов разной социокультурной идентичности.
12. Особенности психологии детей и подростков в ситуации реабилитации.
13. Психологическую специфику реабилитационного процесса для пожилых людей.
14. Психологические особенности реабилитации инвалидов.
15. Возможности использования в реабилитационном процессе фактора профессиональной мотивации пациентов.

Тема 4. Психологические аспекты реабилитации медицинских работников при синдроме выгорания (УК-1, ПК-8)

Контрольные вопросы

1. Раскройте понятие «синдром выгорания».
2. Назовите факторы эмоционального выгорания медицинских работников.
3. Перечислите методы профилактики синдрома выгорания в работе врача.
4. Перечислите основные метолы саморегуляции эмоционального напряжения.
5. Перечислите основные факторы формирования эмоционального выгорания.
6. Назовите основные проявления эмоционального выгорания.
7. Раскройте специфику факторов эмоционального выгорания врачей различных специализаций.
8. Опишите способы самопомощи при симптомах эмоционального истощения.
9. Опишите способы самопомощи при симптомах деперсонализации.
10. Опишите способы самопомощи при симптомах редукции профессиональных достижений.

Контрольное задание

Интерпретация и анализ результатов методики «Опросник выгорания Маслач» (в модификации Н. Е. Водопьяновой для медицинских работников) для планирования реабилитационного процесса медицинских работников при синдроме выгорания.

Инструкция: внимательно ознакомьтесь с содержанием практического задания, выполните задание в соответствии с каждым пунктом (1 - 5).

1. Ознакомьтесь с теоретическими основами психологической диагностики синдрома эмоционального выгорания.
2. Заполните опросник выгорания Маслач.
3. Подсчитайте и проанализируйте полученные результаты, учитывая шкалы опросника.
4. Сформируйте психологическое заключение с учетом результатов по шкалам.
5. Сформулируйте рекомендации по реабилитационным мероприятиям и специфике их реализации для медицинского работника с связи с выявленными симптомами выгорания.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

Инструкция: Выберите один правильный вариант ответа в каждом вопросе.

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-8

1) 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.

2) 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.

3) 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.

4) 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.

5) 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.

6) 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.

7) Непрерывное беспокойство и мнительность в отношении неблагоприятного течения болезни – этот тип отношения к болезни называется:

А) паранойяльный;
Б) апатический;
В) тревожный;
Г) дисфорический;
Д) меланхолический.

8) Неверие в выздоровление, в эффект лечения, - этот тип отношения к болезни называется:

А) паранойяльный;
Б) анозогнозический;
В) эгоцентрический;
Г) меланхолический;
Д) сенситивный.

9) 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.

10) Использование факта своей болезни как средства для привлечения внимания окружающих - этот тип отношения к болезни называется

А) ипохондрический;
Б) анозогнозический;
В) эгоцентрический;
Г) меланхолический;
Д) тревожный.

11) 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.

12) «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.

13) 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.

14) 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.

15) 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

16) Понятие «внутренняя картина болезни» (1935 г.) введено:

А) Р.А Лурия
Б) К.К. Платоновым
В) В.Н. Мясищевым

17) Системный процесс активного приспособления психики человека к условиям окружающей его физической и социальной среды, а также результат этого процесса это:

А) психическая адаптация
Б) поведенческая адаптация
В) социальная адаптация

18) Психическая адаптация человека с позиций современной клинической психологии включает уровни:

А) биологический, психологический и социальный
Б) поведенческий и эмоциональный
В) поведенческий, эмоциональный и когнитивный

19) Адаптивное поведение в целях восстановления равновесия:

А) копинг
Б) релаксация
В) диссоциация

20) «Все то, что испытывает и переживает больной, всю массу его ощущений… его общее самочувствие, самонаблюдение, его представление о своей болезни, о ее причинах… весь тот огромный мир больного, который состоит из весьма сложных сочетаний восприятия, ощущения, эмоций аффектов, конфликтов, психических переживаний и травм» есть:

А) внутренняя картина болезни

Б) объективная картина болезни
В) мировоззрение

21) Во внутренней картине болезни выделяют следующие уровни:
А) сенситивный и интеллектуальный
Б) интеллектуальный и поведенческий
В) поведенческий и эмоциональный

22) Изучение «внутренней картины болезни» имеет особое значение, так как позволяет:
А) понять личностный смысл заболевания
Б) понять каким образом личность «встраивает» болезнь в течение своей жизни
В) понять личностный смысл заболевания и каким образом личность «встраивает» болезнь в течение своей жизни, т.е. адаптируется к ней

23) Тип реагирования, когда пациенты правильно оценивают свое состояние и перспективы, их оценка совпадает с оценкой врача.
А) нормонозогнозия
Б) гипернозогнозия
В) диснозогнозия

24) Тип реагирования, когда пациенты демонстрируют полное отрицание болезни как таковой:
А) анозогнозия
Б) диснозогнозия
В) гипонозогнозия

25) Преувеличение признаков заболевания и субъективных жалоб это:
А) аггравация
Б) диссимуляция
В) симуляция

26) Длительное соматическое заболевание у детей часто становится источником:
А) Задержки общего физического развития
Б) задержки психического развития
В) задержки общего физического и психического развития

27) На личностном уровне оценка результатов лечения осуществляется путем сопоставления:
А) ожидаемых и полученных результатов лечения
Б) информации, полученной от врача и полученной из других источников информации
В) сравнения себя с другими пациентами с таким же заболеванием

28) В основе сознательного саморегулирования поведения человека лежит:
А) субъективная индивидуально-личностная оценка происходящих с ним событий
Б) объективная оценка происходящих событий
В) рекомендации внешних экспертов

29) Степень соответствия между поведением пациента и рекомендациями, полученными от врача, называется:
А) комплаентность
Б) согласие
В) партнерские отношения

30) Основной причиной госпитализма у детей и младенцев является:
А) разлучение ребенка с матерью
Б) болезненные процедуры

В) непривычная обстановка

31) Эмоциональное выгорание – это:
А) соматическая реакция на стресс
Б) психосоматическая реакция на стресс
В) соматопсихическая реакция на стресс
Г) неадаптивная реакция на стресс

32) Эмоциональное выгорание характеризуется:
А) Скрытым накапливанием эмоционального напряжения
Б) Внезапностью возникновения сильного эмоционального напряжения
В) Устойчивым умеренным фоновым эмоциональным напряжением
Г) Скрытым накапливанием эмоционального напряжения; Внезапностью возникновения сильного эмоционального напряжения; Устойчивым умеренным фоновым эмоциональным напряжением

33) К уровням профилактики эмоционального выгорания не относятся:
А) личностный
Б) профессиональный
В) организационный
Г) культуральный

34) К основным подходам в профилактике эмоционального выгорания не относятся:
А) снижение уровня стресса
Б) осознавание смысла работы
В) осознавание смысла жизни
Г) увеличение нагрузки

35) К личностным факторам риска профессионального выгорания относят:
А) слабый тип нервной системы
Б) устойчивую стрессирующую нагрузку
В) генетическая предрасположенность
Г) анамнез жизни специалиста

36) Медицинская реабилитация — это:
А) комплекс медицинских, биологических и социальных мероприятий, направленный на реинтеграцию инвалида или пациента в общество;
Б) система медицинских, психологических и социальных мероприятий, направленных на реинтеграцию инвалида или пациента в общество;
В) лечебный процесс на амбулаторном и санаторном этапах; г) все вышеперечисленное.

37) Реабилитационный потенциал включает 3 группы факторов:
А) медицинские, психологические, социальные;
Б) медицинские, психологические, профессиональные;
В) биологические, психологические, профессиональные.

38) Основная цель психологической реабилитации:
А) повышение интеллектуальной способности пациента
Б) формирование мотивации пациента на реабилитацию

В) формирование умений саморегуляции пациента

39) Психологический аспект реабилитации включает:
А) индивидуальную и групповую психотерапию;
Б) эрготерапию;
В) трудотерапию.

40) Предпочтительный метод реабилитации при артериальной гипертензии:
А) личностная психотерапия;
Б) аутотренинг;
В) эмоционально-стрессовая терапия.

41) Основой рациональной психотерапии является:
А) разъяснение и логическая аргументация;
Б) внушение;
В) коррекция личности;
Г) деонтология.

42) Самовнушение — это внушение самому себе:
А) мыслей;
Б) ощущений;
В) желаний;
Г) образов;
Д) мыслей; ощущений; желаний; образов.

43) В основе аутогенной тренировки лежит:
А) произвольное самовнушение;
Б) йога;
В) мышечная релаксация;
Г) рациональная психотерапия;
Д) произвольное самовнушение; йога; мышечная релаксация; рациональная психотерапии.

44) Определение внутренней картины болезни необходимо для:
А) формирования мотивации к проведению реабилитационных мероприятий;
Б) для возможно более полного восстановления профессионального и социального статуса;
В) для формирования терапевтического альянса;
Г) формирования мотивации к проведению реабилитационных мероприятий;
Д) для возможно более полного восстановления профессионального и социального статуса; для формирования терапевтического альянса.

45) Профессиональный фактор может быть важным аспектом реабилитации:
А) при определении группы инвалидности, формируя процент утраты трудоспособности, дополнительные социальные выплаты и снижать мотивацию к проведению реабилитационных мероприятий;
Б) при редких и специфических профессиональных навыках (например: дегустатор, балерина) затруднять переобучение;
В) при молодом возрасте пациента и высокой должности пациент склонен скрывать свое заболевание и уклонятся от лечения и реабилитационных мероприятий;

Г) при определении группы инвалидности, формируя процент утраты трудоспособности, дополнительные социальные выплаты и снижать мотивацию к проведению; реабилитационных мероприятий; при редких и специфических профессиональных навыках (например: дегустатор, балерина) затруднять переобучение; при молодом возрасте пациента и высокой должности пациент склонен скрывать свое заболевание и уклонятся от лечения и реабилитационных мероприятийю.

46) Отношение общества к заболеванию:
А) влияет на его протекание (например: пациент склонен скрывать венерическое заболевание, что ухудшает его течение и прогноз);
Б) не влияет на его протекание;
В) влияет на его протекание (например: пациент склонен скрывать венерическое заболевание, что ухудшает его течение и прогноз); не влияет на его протекание;

47) Функции психологического аспекта реабилитации:
А) формирование сильной и адекватной мотивации к реабилитации;
Б) снижение выраженности нарушения функции путем улучшения психологического статуса;
В) дезактуализация болезни;
Г) коррекция ВКБ;
Д) психологическая активация;
Е) формирование сильной и адекватной мотивации к реабилитации; снижение выраженности нарушения функции путем улучшения психологического статуса; дезактуализация болезни; коррекция ВКБ; психологическая активация.

48) К методам психологической диагностики не относятся:
А) оценка эмоционально-волевой сферы пациента;
Б) оценка структуры личности пациента;
В) оценка толерантности к физической нагрузке;
Г) оценка состояния высших психических функций.

49) Виды психотерапевтического воздействия:
А) психокоррекционные методы;
Б) психотерапевтические методы;
В) психокоррекционные методы; психотерапевтические методы.

50) Необходимо уделять внимание следующим деонтологическим аспектам в отношение проведения реабилитационных мероприятий:
А) врач-пациент;
Б) врач-персонал;
В) врач-родственники;
Г) персонал-пациент;
Д) врач-пациент; врач-персонал; врач-родственники; персонал-пациент.

51) Какие методы используются для диагностики психологических нарушений:
А) анкетные тесты;
Б) психологические тесты;
В) оценочные шкалы;
Г) клинико-психологическое интервью;

Д) полуструктурированное интервью;
Е) анкетные тесты; психологические тесты; оценочные шкалы; клинико-психологическое интервью; полуструктурированное интервью.

52) Такие проявления, как слабость, усталость, повышенная утомляемость, возможно, в сочетании с раздражительностью отмечаются при:
А) гневе
Б) тревоге
В) астении
Г) эмоциональном напряжении
Д) агрессии

53) Поведение, направленное на нанесение какого — либо вреда, ущерба (физического или психологического):
А) фобия
Б) психомоторное возбуждение
В) агрессия
Г) фрустрация
Д) депрессия

54) Устойчивая индивидуальная характеристика, при наличии которой, у человека отмечается тенденция воспринимать широкий спектр ситуаций как угрожающие:
А) агрессивность
Б) характерологическая застенчивость
В) истинная враждебность
Г) личностная тревожность
Д) депрессивность

55) К когнитивным симптомам депрессии относятся:
А) снижение веса, потеря аппетита, расстройства сна
Б) вялость, апатия, пассивность в поведении
В) снижение интереса, нежелание что-либо делать
Г) грусть, тоска, печаль
Д) негативные мысли о себе, о будущем и об актуальной ситуации

56) При фобических расстройствах отмечается наличие:
А) навязчивых страхов
Б) Тоски, грусти, суицидальных тенденций
В) – Демонстративного, театрального поведения и утрированности жалоб
Г) – агрессивных тенденций
Д) - галлюцинаций

57) Нарушения сна, ухудшение аппетита, снижение либидо относятся к:
А) к аффективным симптомам депрессии
Б) к когнитивным симптомам депрессии
В) к физиологическим симптомам депрессии
Г) к поведенческим симптомам депрессии
Д) к мотивационным симптомам депрессии

58) Для выявления тревожных и депрессивных состояний могут применяться
А) Только наблюдение и беседа
Б) Только стандартизованные опросники
В) Только проективные методы
Г) Клинико-психологический метод, опросники, проективные методики
Д) Такие методики, как «Исключение лишнего», и «Простые аналогии».

59) К аффективным симптомам депрессии относятся:
А) снижение веса, потеря аппетита, расстройства сна
Б) вялость, апатия, пассивность в поведении
В) снижение интереса, нежелание что-либо делать
Г) Выраженные и тягостные эмоциональные проявления грусти, тоски, печали
Д) негативные мысли о себе, о будущем и об актуальной ситуации

60) К поведенческим проявлениям депрессивного состояниям относится:
А) снижение веса, потеря аппетита, расстройства сна
Б) вялость, апатия, пассивность в поведении
В) снижение интереса, нежелание что-либо делать
Г) Выраженные и тягостные эмоциональные проявления грусти, тоски, печали
Д) негативные мысли о себе, о будущем и об актуальной ситуации

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)

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Психологические аспекты медицинской реабилитации»

ординатура по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Психологические аспекты медицинской реабилитации» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры психологии.

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)

1. 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), теснуюувязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточноеколичество 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 бытькратким 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 формулировкахосновные 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.

Организующая 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 иобзорная.

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, еѐ 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 учебнойдисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Этосамый 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 трояким 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 и т.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 общаязакономерность 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 обучающихсяна лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

2. 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 обучающийся.

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 обучающихся 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 ситуационныхпроизводственных задач,

- выполнение профессиональных функций в деловыхиграх 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 наимеющиеся 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.

3.МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

3.1 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.

3.2 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. Прочесть 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 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 «∅» 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 (х) в качестве знака умножения ставиться:

–при указании размеров: 4,5х3 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.

Приложение

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 31.08.28 Гастроэнтерология

Научный руководитель:
_____
(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Санкт-Петербург
2023

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.

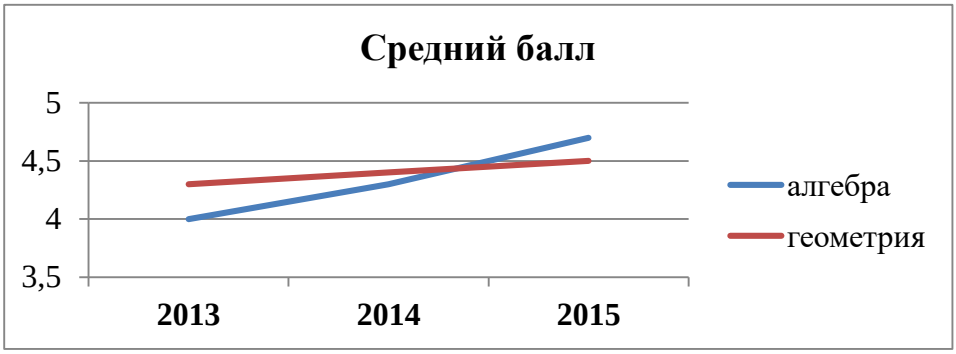


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

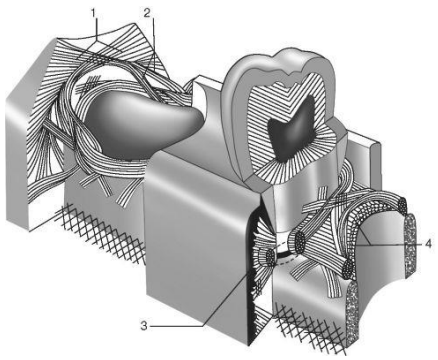


Рисунок 5 – Волокна периодонта

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

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По практике	**Производственная (клиническая) практика (базовая часть)** (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.28 Гастроэнтерология** (код специальности и наименование)
Факультет	**Лечебный факультет** (наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра пропедевтики внутренних болезней с клиникой** (наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**1, 2**
Форма промежуточной аттестации	**зачет с оценкой/зачет оценкой/зачет с оценкой/зачет с оценкой**
Общая трудоемкость практики	**2160 час. /60 зач.ед.**

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Фоминых Юлия Александровна	Д.м.н., доцент	Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Иванов Сергей Витальевич	К.м.н.	Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Добренко Виталий Антонович	К.м.н.	Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа практики «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой 27 ноября 2023 г., протокол № 11.

Рабочая программа практики «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «23» ноября 2023 г., протокол №13/2023.

Пояснительная записка к рабочей программе практики

Рабочая программа практики разработана в соответствии с профессиональным стандартом «Врач-гастроэнтеролог», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. N 139н, и в соответствии с действующим ФГОС ВО утвержден приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от «25» августа 2014 г.

По итогам прохождения обучения ординатор будет готов в полном объеме оказывать медицинскую помощь населению по профилю «гастроэнтерология», в рамках выполнения необходимых трудовых функций:

1. Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы.
2. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности.
3. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.
4. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы.
5. Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.
6. Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
7. Оказание медицинской помощи в экстренной форме.

Оказывать медицинскую помощь населению по профилю «гастроэнтерология» ординатор сможет в рамках как амбулаторного, так и стационарного звена здравоохранения, пациентам всех возрастных групп.

Обучение в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России и на клинических базах кафедры обеспечивает высокий уровень вовлеченности обучающихся в практическую деятельность и самостоятельную работу, отличается высоким уровнем технологического обеспечения и высокой квалификацией преподавателей, осуществляющих образовательную деятельность по данной рабочей программе.

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

Цель освоения практики: формирование практических умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-гастроэнтеролога во всех видах его деятельности, формирование профессиональных компетенций врача-гастроэнтеролога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач и получение общих профессиональных и специальных навыков при оказании помощи пациентам в острых и угрожающих жизни состояниях.

Задачи освоения практики:

1. Оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы основных гастроэнтерологических заболеваний.
2. Знать патогенез основных гастроэнтерологических заболеваний, особенности их течения в различном возрасте.
3. Планировать объем необходимых обследований для диагностики болезней органов пищеварительной системы.

4. Оценивать тяжесть состояния больного на основе результатов субъективного опроса пациента, физикальных клинических данных, результатов лабораторно-инструментального обследования, выделять и анализировать ведущие синдромы при гастроэнтерологической патологии.
5. Проводить необходимые манипуляции, необходимые для подтверждения диагноза в рамках физикального обследования пациента.
6. Применять на основе научно доказанных методов комплекс интенсивной терапии неотложных состояний.
7. Овладеть современными методиками, используемыми в гастроэнтерологии.
8. Проводить дифференциальную диагностику гастроэнтерологической патологии с учетом коморбидности.
9. Оформлять медицинскую документацию.

Тип практики – Производственная (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

«Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» является обязательной частью образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология и относится к Блоку 2 «Практики», которая проводится на первом и втором году обучения на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова», а также в других местах проведения практической подготовки в соответствии с оформленными договорами об организации практической подготовки обучающихся в иных организациях.
«Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» 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 универсальные (УК) и профессиональные (ПК) компетенции, установленные программой специалитета:

Код компетенции	Содержание компетенции (**части компетенции**)	Показатель формирования компетенции для данной компетенции	Оценочные средства *
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать: - методы формальной логики Уметь: - самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - прослеживать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию. Владеть: - способностью формулировать и оценивать гипотезы.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ

ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	Знать: - организацию гастроэнтерологической помощи в Российской Федерации; - основные направления развития современной гастроэнтерологии; - основные этапы развития гастроэнтерологии, представителей гастроэнтерологических школ; - эпидемиологию и социальную значимость гастроэнтерологических заболеваний - факторы риска возникновения гастроэнтерологических заболеваний с учетом возрастно-половых групп. - первичную и вторичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых. - этиологию и патогенез гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых. - принципы формирования здорового образа жизни - вопросы ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний, включая редкие - методы и принципы санитарно-просветительской работы среди населения Уметь: - выделять группы риска по развитию основных гастроэнтерологических заболеваний среди населения; - дать рекомендации по первичной и вторичной профилактике основных гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых; - проводить раннюю диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - проводить санитарно-просветительскую работу среди населения разных возрастных групп, направленную на формирование здорового образа жизни и предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний Владеть: - методикой клинического исследования органов пищеварительной системы; - методами ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Знать: - информацию о распространенности и частоте встречаемости основных групп гастроэнтерологических заболеваний в Российской Федерации; - факторы риска и начальные клинические проявления гастроэнтерологических заболеваний; - возможности ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний; - варианты течения хронических гастроэнтерологических заболеваний; - принципы диспансерного наблюдения за пациентами с гастроэнтерологическими заболеваниями (кратность осмотров, перечень диагностических исследований, необходимость реабилитационных мероприятий); - первичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний Уметь: - интерпретировать информацию, полученную при клиническом и дополнительных методах исследования здорового населения разных возрастных групп; - назначить мероприятия первичной профилактики группам	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ, ПН

		населения, подлежащим прохождению профилактических осмотров и диспансерному наблюдению; - дать рекомендации пациенту и лечащему врачу по дальнейшей тактике ведения пациента Владеть: - практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком пропаганды здорового образа жизни и мероприятий по первичной профилактике гастроэнтерологических заболеваний; - навыком оформления медицинской документации с использованием современных технологических возможностей для архивирования, передачи и хранения информации	
ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Знать: - знать перечень проведению противоэпидемических мероприятий, принципы организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях Уметь: - организовывать и проводить противоэпидемические мероприятия по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях Владеть: - принципами организации и проведения противоэпидемических мероприятии по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Знать: - принципы социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков Уметь: - проводить социально-гигиенический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков Владеть: - методиками проведения социально-гигиенического анализа и принципами анализа полученной информации и анализа о показателях здоровья взрослых и подростков	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать: - анатомию, физиологию пищеварительной системы в норме и при патологических состояниях; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - стандартный алгоритм и особенности проведения опроса пациента с гастроэнтерологическим заболеванием; - жалобы, характерные для гастроэнтерологических заболеваний; - этиологию, патогенез, классификации, клиническую картину, методы диагностики, дифференциальный диагноз гастроэнтерологических заболеваний; - МКБ-10; формулировки диагнозов гастроэнтерологических заболеваний; - лабораторные и инструментальные диагностические методы (лучевые и другие визуализационные, ультразвуковые методы), их информативность, показания и противопоказания к использованию при гастроэнтерологических заболеваниях у	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ, ПН

		детей и взрослых Уметь: - собрать анамнез и получить информацию о заболевании (опросить пациента, родственников, работать с медицинской документацией); - применить объективные методы исследования пациента; - выделить ведущие гастроэнтерологические синдромы и поставить предварительный диагноз; - поставить и обосновать клинический диагноз; - пользоваться МКБ-10 для постановки клинического диагноза; - определить необходимость дополнительных методов исследования, интерпретировать полученные данные; - провести дифференциальную диагностику гастроэнтерологического заболевания; - оценить тяжесть состояния больного по клиническому и дополнительным методам исследования, оценить динамику гастроэнтерологической симптоматики во времени Владеть: - методикой сбора анамнеза у гастроэнтерологического больного; - практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей; - навыком интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других визуализационных, ультразвуковых) методов исследования	
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	Знать: - общие вопросы организации гастроэнтерологической помощи в РФ, и связанными с ней вопросами организации работы скорой и неотложной помощи; - организацию помощи пациентам с гастроэнтерологическими заболеваниями - показания к различным формам оказания гастроэнтерологической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации; - различные способы лечения гастроэнтерологических заболеваний: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое, паллиативное; - современные стандарты лечения гастроэнтерологических заболеваний и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту; - основы фармакотерапии гастроэнтерологических заболеваний (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного лечения у пациентов разных возрастных групп (особенности использования в детском возрасте и гериатрии); - современные возможности прогнозирования индивидуальных реакций и чувствительности организма при использовании фармакологических препаратов; - хирургические методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (показания и противопоказания); - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ПН, КВ, СЗ

		лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов Уметь: - выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение); - определить наличие нетрудоспособности пациента; - назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при гастроэнтерологических заболеваниях с учетом возраста и индивидуальных особенностей пациента; - оценить динамику течения заболевания, внести коррективы в лечебную тактику; - прогнозировать течение и исход заболевания; - информировать пациента о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе заболевания на основе принципов этики и деонтологии Владеть: - методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам гастроэнтерологического профиля	
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Знать: - знать принципы к оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации Уметь: - уметь организовать обеспечение медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации Владеть: - навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ, АУ
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	Знать: - эпидемиологию гастроэнтерологических заболеваний, имеющих исход в инвалидизацию; - прогноз и исходы гастроэнтерологических заболеваний; - методы реабилитации (ранние и поздние) гастроэнтерологических заболеваний; - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов Уметь: - определить реабилитационную программу пациенту с гастроэнтерологическим с учетом возраста, потребностей пациента, прогнозируемого результата и экономической целесообразности Владеть: - навыком ведения медицинской документации и ее оформления на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов	Знать: - принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Для текущего контроля: КВ

	их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Уметь: - формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих Владеть: - формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	Для промежуточной аттестации: КВ
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях;	Знать: - законодательство Российской Федерации, - локальные номенклатурные акты учреждения, - принципы организации гастроэнтерологической помощи Уметь: - организовать работу гастроэнтерологического отделения и смежных специалистов; - организовать документооборот гастроэнтерологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов Владеть: - применением законов и положений в сфере организации гастроэнтерологической помощи; навыками оформления медицинской документации пациента; - навыками оформления отчетной и организационной документации гастроэнтерологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	Знать: - Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; - методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; - вопросы организации медицинской помощи населению; - статистику состояния здоровья населения; - критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения; - организацию экспертизы качества медицинской помощи; - вопросы экспертизы временной нетрудоспособности; - основы менеджмента; - основы страховой медицины. Уметь: - применять методики изучения состояния здоровья населения; - анализировать деятельность (организацию, качество и эффективность) организаций здравоохранения; - использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции Владеть: - навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей; - навыком интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других визуализационных, ультразвуковых) методов исследования;	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ

		- методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам гастроэнтерологического профиля	
ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	Знать: - основы и основные этапы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации Уметь: - организовать медицинскую помощь и эвакуацию при чрезвычайных ситуациях Владеть: - основными подходами и алгоритмами практических действий для оказания и организации эффективной медицинской помощи и эвакуации при чрезвычайных ситуациях	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: КВ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, СЗ-ситуационные задачи, 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 акад. час.	**Курс 1**		**Курс 2**	
			ПА 1	**ПА 2**	**ПА 3**	**ПА 4**
Аудиторная контактная работа обучающегося		828	108	228	168	324
Самостоятельная работа (аудиторная и внеаудиторная самостоятельная работа**)**		1224	189	321	309	405
Промежуточная аттестация – зачет с оценкой / зачет с оценкой / зачет с оценкой / зачет с оценкой /		108	27	27	27	27
Общая трудоемкость практики	**час.**	**2160**	**324**	**576**	**504**	**756**
	з.е	**60**	**9**	**16**	**14**	**21**
Из них на практическую подготовку		1640	237	439	381	583

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 до 80% от общей трудоёмкости практики «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» без учёта часов контроля.

4.2. Содержание практики, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов

№ п/п	Виды профессиональной деятельности	Продолжительность в час.	Перечень формируемых компетенций её части
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 1 – 324 час.			
1	**Стационар** - обучение стационарному ведению больных в гастроэнтерологическом отделении; - дежурства в клинике; - физикальное обследование пациента;	297	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9,

	- назначение плана лабораторного и инструментального обследования; - интерпретация результатов лабораторного и инструментального обследования; - диагностика заболевания; - лечение пациента; - ведение медицинской документации в рамках стационарного лечения пациента		ПК-10, ПК-11, ПК-12
	Зачет с оценкой	27	
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 2 – 576 час.			
2	**Стационар** - обучение стационарному ведению больных в гастроэнтерологическом отделении; - дежурства в клинике; - физикальное обследование пациента; - назначение плана лабораторного и инструментального обследования; - интерпретация результатов лабораторного и инструментального обследования; - диагностика заболевания; - лечение пациента; - ведение медицинской документации в рамках стационарного лечения пациента	549	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
	Зачет с оценкой	27	
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 3 - 504 час.			
3	**Стационар** - обучение стационарному ведению больных в гастроэнтерологическом отделении; - дежурства в клинике; - физикальное обследование пациента; - назначение плана лабораторного и инструментального обследования; - интерпретация результатов лабораторного и инструментального обследования; - диагностика заболевания; - лечение пациента; - ведение медицинской документации в рамках стационарного лечения пациента	240	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
	Поликлиника - обучение амбулаторному ведению гастроэнтерологических больных гастроэнтерологическом кабинете амбулаторно-поликлинического учреждения: - обследование больного в рамках амбулаторного ведения; - интерпретация результатов лабораторного и инструментального обследования в амбулаторной практике; - диагностика заболевания и лечение больного в амбулаторной практике; - ведение медицинской документации в рамках амбулаторной практики; - проведение медицинской экспертизы; - участие в диспансеризации	237	
	Зачет с оценкой	27	
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 4 – 756 час.			
4	**Стационар** - обучение стационарному ведению больных в гастроэнтерологическом отделении; - дежурства в клинике; - физикальное обследование пациента; - назначение плана лабораторного и инструментального обследования;	370	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11,

	- интерпретация результатов лабораторного и инструментального обследования; - диагностика заболевания; - лечение пациента; - ведение медицинской документации в рамках стационарного лечения пациента		ПК-12
	Поликлиника - обучение амбулаторному ведению гастроэнтерологических больных гастроэнтерологическом кабинете амбулаторно-поликлинического учреждения: - обследование больного в рамках амбулаторного ведения; - интерпретация результатов лабораторного и инструментального обследования в амбулаторной практике; - диагностика заболевания и лечение больного в амбулаторной практике; - ведение медицинской документации в рамках амбулаторной практики; - проведение медицинской экспертизы; - участие в диспансеризации	359	
	Зачет с оценкой	27	
	ИТОГО	**2160**	

*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 при текущем контроле

Знания и умения, полученные при теоретическом обучении (Блок1. Дисциплины), обеспечивающие первоначальное освоение всех заявленных компетенций, совершенствуются и закрепляются через приобретение навыков при отработке на занятиях производственной практики через алгоритмы умений, повторением необходимых манипуляций, получении практических навыков и решения конкретных текущих клинических задач под контролем руководителя практики. Конечный результат определяется на промежуточных аттестациях.

5.2. Оценка проверки формирования компетенций на промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора компетенции	Наименование оценочных средств для проверки формирования компетенции
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	КВ, СЗ
ПК-1 готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	КВ
ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	КВ

ПК-3 готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	КВ
ПК-4 готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	КВ
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	КВ, СЗ, ПН
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	КВ, СЗ
ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	КВ, АУ
ПК-8 готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	КВ
ПК-9 готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	КВ
ПК-10 готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	КВ
ПК-11 готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	КВ
ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	КВ, АУ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, СЗ-ситуационные задачи, ПН-практические навыки, АУ-алгоритмы умения*

Форма промежуточной аттестации по практике – зачет с оценкой.
Этапы проведения промежуточной аттестации:

Промежуточная аттестация обучающихся по «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» проводится в виде зачета, 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 «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» проводится на основании отчетов по практике на заседание 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:

- индивидуальный план-график;
- дневник практики;

– письменный отчет по практике или мультимедийная презентация отчета по практике;
– отзыв руководителя по практики

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	Перечень компетенций или её части
Промежуточная аттестация № 1		
Демонстрация практических навыков Ответ на контрольные вопросы Решение ситуационной задачи	ПН КВ СЗ	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
Промежуточная аттестация № 2		
Демонстрация практических навыков Ответ на контрольные вопросы Решение ситуационной задачи	ПН КВ СЗ	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
Промежуточная аттестация № 3		
Демонстрация практических навыков Ответ на контрольные вопросы	ПН КВ	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
Промежуточная аттестация № 4		
Демонстрация практических навыков Ответ на контрольные вопросы	ПН КВ	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

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.

Критерии оценивания ситуационных задач:

Оценка	Решение ситуационных задач
Неудовлетворительно	Ответы неправильны или неточны. Ординатор затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче и наводящие вопросы.
Удовлетворительно	Ординатор частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа. Правильно ответы на 2-3 задания, на остальные задания ответы не точны или отсутствуют
Хорошо	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	Правильные ответы на все задания

Критерии оценивания при собеседовании по типовым контрольным вопросам:

«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.

5.3 Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции или её части
ПН	Выполнение глубокой пальпации живота – выполнено в полном объеме	УК-1, ПК-5
КВ	Алгоритм лечения пациента с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью – полный развернутый ответ	УК-1, ПК-6
СЗ	**Задача** Больной, 35 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области. В анамнезе язвенная болезнь желудка, по поводу чего проводилась консервативная терапия. В приемном отделении у больного возникла обильная рвота алой кровью, появились жалобы на головокружение, общую слабость, ощущение нехватки воздуха. Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, над верхушкой сердца выслушивается систолический шум. АД – 100 и 60 мм рт. ст., пульс – 110 уд. в 1 мин. Живот болезненный в эпигастральной области. Гемоглобин – 81 г\л, гематокрит – 0,28, эритроциты – $2,6x10^9$. В условиях операционной выполнено экстренное эндоскопическое исследование. В желудке большое количество свежей крови. Вопросы: 1. Предварительный диагноз 2. Лечебные мероприятия Ответы: 1. Язвенная болезнь желудка, продолжающееся кровотечение. 2. Попытка эндоскопического гемостаза. При неэффективности эндоскопического гемостаза показана экстренная операция – лапаротомия, гастротомия с прошиванием кровоточащей язвы.	УК-1, ПК-5, ПК-6

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

Оценочные средства по практике (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 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)
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. Рак пищевода: диагностика и комплексное лечение / С. Ю. Дворецкий, Г. И. Синенченко, А. О. Иванцов [и др.]; под ред. С. Ф. Багненко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 376 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970472217.html
2. Палевская, С. А. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / С. А. Палевская, А. Г. Короткевич. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 752 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477519.html
3. Маев, И. В. Болезни пищевода / Маев И. В., Бусарова Г. А., Андреев Д. Н. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 648 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448748.html
4. Ших, Е. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / под ред. Ших Е. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 160 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450123.html
5. Маев, И. В. Тактика врача-гастроэнтеролога: практическое руководство / под ред. И. В. Маева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 312 с. (Серия "Тактика врача"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457603.html
6. Успенский Ю.П., Барышникова Н.В., Иванов С.В. Неотложные заболевания пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки // учебное пособие. - СПб: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022. – 39с. - Текст: непосредственный.
7. Горбачева И.А., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Барышникова Н.В. Лабораторные методы диагностики в гастроэнтерологии // учебное пособие 2-ое издание, испр. и доп. – СПб: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022. – 65с. - Текст: непосредственный.
8. Успенский Ю.П., Горбачева И.А., Иванов С.В., Гнутов А.А. Функциональная диспепсия, гиперсенситивный рефлюксный синдром и функциональная изжога // учебное пособие. СПб: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2021. – 41с. - Текст: непосредственный.
9. Антибиотик-ассоциированная диарея. Псевдомембранозный колит: учебно-методическое пособие / Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А, Горбачева И.А., [и др.]. – Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2021. - Текст: непосредственный.
10. Лабораторные методы диагностики в гастроэнтерологии: учебное пособие / Горбачева И.А., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Барышникова Н.В. – 2-ое издание, испр. и доп. – Санкт-Петербург: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022. – 65с. – Текст: непосредственный.
11. Clostridioides difficile (C. difficile) - ассоциированная болезнь. Клинические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека и Российской гастроэнтерологической ассоциации / Ивашкин В.Т., Ляшенко О.С., Алексеева О.П. [и др.]. - 2022. - 71 с. - Текст: непосредственный.
12. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шелыгин Ю.А., [и др.]. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(5). - С. 74–95. – URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-74-95. - Текст: электронный.
13. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки / В.Т. Ивашкин, Ю.А. Шелыгин, С.И. Ачкасов, [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2016. - № 26(5). - С. 56-65. - – URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2016-5-56-65. - Текст: электронный.
14. Практические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека (НСОИМ) и Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по применению пробиотиков для лечения и профилактики заболеваний

гастроэнтерологического профиля у взрослых / Ивашкин В.Т., Маев И. В., Абдулганиева Д. И., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(2). - С. 76–89. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-2-76-89. - Текст: электронный.
15. Клинические рекомендации «Хронические диареи у взрослых» / Лазебник Л. Б., Сарсенбаева А. С., Авалуева Е. Б., [и др.]. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2021. - № 188(4). - С. 7–67. – URL: DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-188-4-7-67. - Текст: электронный.
16. Клинические рекомендации. Болезнь Крона (К50), взрослые / Шелыгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Ачкасов С.И [и др.] // Колопроктология. - 2023. - № 22(3). - С. 10-49. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-3-10-49. - Текст: электронный.
17. Язвенный колит (К51), взрослые / Шелыгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Белоусова Е.А. [и др.] // Колопроктология. - 2023. - № 22(1). - С. 10-44. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-10-44. - Текст: электронный.
18. Успенский Ю.П. Возможности применения месалазина ММХ в терапии язвенного колита в рутинной амбулаторной практике / Успенский Ю.П., Иванов С.В., Фоминых Ю.А. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(6). - С. 7-15. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-6-7-15. - Текст: электронный.
19. Шептулин А.А. Диагностические возможности определения уровня фекального кальпротектина в клинической практике / Шептулин А.А., Кардашева С.С., Курбатова А.А. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2022. - № 32(6). - С. 53-59. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-6-53-59. - Текст: электронный.
20. Современные подходы в морфологической диагностике воспалительных заболеваний кишечника / Тертычный А.С., Ахриева Х.М., Коган Е.А. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2022. - № 32(2). - С. 73-84. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-2-73-84. - Текст: электронный.
21. Диагностический алгоритм при болях в суставах у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника / Долгушина А.И., Хусаинова Г.М., Несмеянова О.Б. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(5). - С. 51-60. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-51-60. - Текст: электронный.

Дополнительная литература:

1. Давыдкин, И. Л. Поликлиническая терапия: учебник / под ред. Давыдкина И. Л., Щукина Ю. В. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 840 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455456.html
2. Ивашкин, В. Т. Справочник по инструментальным исследованиям и вмешательствам в гастроэнтерологии / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. С. Трухманов - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 560 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430927.html
3. Внутренние болезни: учебник / Маколкин В. И., Овчаренко С. И., Сулимов В. А. - 6-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441572.html
4. Маев И.В., Болезни желудка / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 976 с. - Текст: электронный // URL:
5. Маев, И. В. Инфекция Helicobacter pylori: [монография] / И. В. Маев, А. А. Самсонов, Д. Н. Андреев. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 256 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442814.html

6. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html
7. Практические рекомендации для терапевтов по избранным вопросам гастроэнтерологии (редакция от 26.10.2020), утвержденные Первым заместителем Председателя Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. - Санкт-Петербург: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2020. – 213 с. – Текст: непосредственный.
8. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации «Эндоскопическое общество РЭНДО» по диагностике и лечению гастрита, дуоденита / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(4). - С. 70–99. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-4-70-99. – Текст: электронный.
9. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества) / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(1). - С. 49–70. – URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-1-49-70. – Текст: электронный.
10. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции Helicobacter pylori у взрослых / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2018. - № 28 (1). - С. 55-70. – URL: https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/218/191. – Текст: электронный.
11. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекционного эзофагита / Ивашкин В.Т., Ющук Н.Д., Маев И.В., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(5). - С. 63–83. – URL: https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/511/356. – Текст: электронный.
12. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(4). - С. 70–97. – URL: https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/513. – Текст: электронный.
13. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2017. - № 27(1). - С. 50-61. – URL:https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/123/98.– Текст: электронный.
14. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2018. - № 28(6). - С. 84–98. – URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2018-28-6-84-98. – Текст: электронный.
15. Фоминых Ю.А. Нарушение микробиоты кишечника у больных целиакией взрослых / Фоминых Ю.А. // University Therapeutic Journal. - 2021. - № 3(4). - С. 28-39. - URL: https://gpmu.org/userfiles/file/journals/utj/2021_4_University_therapeutic_journal_RGB.pdf. - Текст: непосредственный.

16. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html. - Текст: электронный.
17. Практические рекомендации для терапевтов по избранным вопросам гастроэнтерологии (редакция от 26.10.2020), утвержденные Первым заместителем Председателя Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. - Санкт-Петербург: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2020. – 213 с. – Текст: непосредственный.
18. Прогноз ВЗК: риск ургентных хирургических осложнений: методические рекомендации / Успенский Ю.П., Иванов С.В., Фоминых Ю.А. [и др.] – Санкт-Петербург: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2023 – 25 с. – Текст: непосредственный.
19. Ахмедов, В. А. Заболевания желудочно-кишечного тракта у беременных / В. А. Ахмедов, М. А. Ливзан - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 128 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438398.html. - Текст: электронный.
20. Синдром раздраженного кишечника у беременных женщин: учебное пособие / Пустотина О.А., Остроменский В.В., Дикке Г.Б. [и др.]. – Москва: Издательство МАИ, 2021. – 32 с. – Текст: непосредственный.
21. Язвенный колит. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России / Абдулганиева Д. И., Алексеева О. П., Ачкасов С.И., [и др.]. - 2020. - 56с. - Текст: непосредственный.
22. Болезнь Крона. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России / Абдулганиева Д. И., Алексеева О. П., Ачкасов С.И., [и др.]. - 2020. - 47с. - Текст: непосредственный.
23. Запор. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России / Алешин Д.В., Ачкасов С.И., Баранская Е.К. [и др.]. - 2020. - С. 26. - Текст: непосредственный.
24. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей / под ред. Е. В. Ших, В. Н. Дроздова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 464 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477021.html. - Текст: электронный.
25. Мельникова, И. Ю. Детская гастроэнтерология / под ред. Мельниковой И. Ю. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 480 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451755.html. - Текст: электронный.
26. Прогнозирование развития ургентных жизнеугрожающих хирургических осложнений воспалительных заболеваний кишечника (болезнь Крона, язвенный колит) на основании искусственного интеллекта с использованием специализированной компьютерной программы «Прогноз ВЗК: риск ургентных хирургических осложнений»: Методические рекомендации / Ю. П. Успенский, С. В. Иванов, Ю. А. Фоминых [и др.]; Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. – Санкт-Петербург: ООО "Цифровая Типография Процвет", 2023. – 25 с. – EDN NYFDNR. - Текст: непосредственный.
27. Затевахин, И. И. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с.: ил. - (Серия "Национальные руководства"). - 912 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466315.html. - Текст: электронный.
28. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей / под ред. Е. В. Ших, В. Н. Дроздова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 464 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477021.html. - Текст: электронный.
29. Заболевания кишечника в детском возрасте: руководство для врачей / Запруднов А. М., Харитонова Л. А., Григорьев К. И., Дронов А. Ф. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 488 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446164.html. - Текст: электронный.

30. Мельникова, И. Ю. Детская гастроэнтерология / под ред. Мельниковой И. Ю. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 480 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451755.html. - Текст: электронный.
31. Перианальные свищи при болезни Крона (обзор литературы). / Аносов И.С., Нанаева Б.А., Варданян А.В., Захаров М.А. // Колопроктология. - 2023. - № 22(1). - С. 128-137. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-128-137. - Текст: электронный.
32. Гранулематозные заболевания кишечника: болезнь Крона и туберкулез. Сложности дифференциальной диагностики (клиническое наблюдение и обзор литературы) / Варданян А.В., Меркулова Е.С., Белинская В.А. [и др.] // Колопроктология. - 2023. - № 22(1). - С. 117-127. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-117-127. - Текст: электронный.
33. Эндоскопическая диагностика дисплазии эпителия толстой кишки у пациентов с длительным анамнезом язвенного колита / Архипова О.В., Скридлевский С.Н., Веселов В.В., Майновская О.А. // Колопроктология. - 2020. - № 19(1). - С. 37-50. - URL:https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-1-37-50. - Текст: электронный.
34. Особенности осложненного течения и внекишечных проявлений воспалительных заболеваний кишечника / Ю. П. Успенский, С. В. Иванов, Ю. А. Фоминых [и др.] // University Therapeutic Journal. – 2023. – Т. 5. – № 2. – С. 68-83. –. - URL: DOI 10.56871/UTJ.2023.72.18.006. - Текст: электронный.

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

7.1. 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

7.2. Учебно-методические материалы для преподавателей

Методическое материалы по дисциплине «Производственная (клиническая практика (базовая часть» для специальности 31.08.28 Гастроэнтерология, Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2022.

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 «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» 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 ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по практике «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» соответствует требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

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 «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)» 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.

Приложение № 1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
ПО ПРАКТИКЕ
«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)»

Специальность ординатуры	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-гастроэнтеролог»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по практике **«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА (БАЗОВАЯ ЧАСТЬ)»**

№ п/п	Наименование раздела практики	Код контролируемой компетенции или ее части	Наименование оценочного средства *
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 1			
СТАЦИОНАР			
1	Расспрос пациента с гастроэнтерологическим заболеванием (сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни)	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ
2	Обучение работе с медицинской документацией стационарного больного (в т.ч. электронной). Навык работы с персоналом структурного подразделения медицинской организации в стационарной клинической практике	УК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-10, ПК-11	ПН
3	Дежурства в клинике	УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	ПН
4	Освоение методик исследования и интерпретации полученных данных	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ
5	Назначение плана обследования пациенту с гастроэнтерологическим заболеванием в стационарной клинической практике	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ
6	План лечения пациента с гастроэнтерологическим заболеванием в стационарной клинической практике	УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9	КВ, СЗ
Первый год обучения			
Промежуточная аттестация № 2			
СТАЦИОНАР			
1	Расспрос пациента с гастроэнтерологическим заболеванием (сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни)	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ
2	Обучение работе с медицинской документацией стационарного больного (в т.ч. электронной). Навык работы с персоналом структурного подразделения медицинской организации в стационарной клинической практике	УК-1, ПК-3, ПК-4, ПК-6, ПК-10, ПК-11	ПН
3	Дежурства в клинике	УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	ПН
4	Освоение методик исследования и интерпретации полученных данных	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ
5	Назначение плана обследования пациенту с гастроэнтерологическим заболеванием в стационарной клинической практике	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ
6	План лечения пациента с гастроэнтерологическим заболеванием в стационарной клинической практике	УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9	КВ, СЗ
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 3			
СТАЦИОНАР			
1	Расспрос пациента с гастроэнтерологическим заболеванием (сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни)	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ
2	Обучение работе с медицинской документацией стационарного больного (в т.ч. электронной). Навык работы с персоналом структурного подразделения медицинской организации в стационарной клинической практике	УК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-10, ПК-11	ПН

3	Дежурства в клинике	УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	ПН
4	Освоение методик исследования и интерпретации полученных данных	УК-1, ПК-5, ПК-6	КВ, СЗ
5	Назначение плана обследования пациенту с гастроэнтерологическим заболеванием в стационарной клинической практике	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, КВ, СЗ
6	План лечения пациента с гастроэнтерологическим заболеванием в стационарной клинической практике	УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9	ПН, КВ, СЗ
ПОЛИКЛИНИКА			
1	Расспрос пациента с гастроэнтерологическим заболеванием (сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни)	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ
2	Обучение работе с медицинской документацией амбулаторного больного (в т.ч. электронной). Навык работы с персоналом структурного подразделения медицинской организации в амбулаторной клинической практике	УК-1, ПК-4, ПК-6, ПК-10, ПК-11	ПН
3	Освоение методик исследования и интерпретации полученных данных в амбулаторных условиях	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН
4	Назначение плана обследования пациенту с гастроэнтерологическим заболеванием в амбулаторной клинической практике	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, КВ, СЗ
5	План лечения пациента с гастроэнтерологическим заболеванием в амбулаторной клинической практике	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9	ПН, КВ, СЗ
6	Экспертная работа (оформление медицинской документации)	УК-1, ПК-5, ПК-11	ПН
7	Участие в диспансеризации пациента с гастроэнтерологическим заболеванием (оформление медицинской документации)	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9	ПН
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 4.			
СТАЦИОНАР			
1	Расспрос пациента с гастроэнтерологическим заболеванием (сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни)	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ
2	Обучение работе с медицинской документацией стационарного больного (в т.ч. электронной). Навык работы с персоналом структурного подразделения медицинской организации в стационарной клинической практике	УК-1, ПК-3, ПК-6, ПК-10, ПК-11	ПН
3	Дежурства в клинике	УК-1, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-12	ПН
4	Освоение методик исследования и интерпретации полученных данных	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, КВ, СЗ
5	Назначение плана обследования пациенту с гастроэнтерологическим заболеванием в стационарной клинической практике	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, КВ, СЗ
6	План лечения пациента с гастроэнтерологическим заболеванием в стационарной клинической практике	УК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9	ПН, КВ, СЗ
ПОЛИКЛИНИКА			
1	Расспрос пациента с гастроэнтерологическим заболеванием (сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни)	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, СЗ
2	Обучение работе с медицинской документацией амбулаторного больного (в т.ч. электронной). Навык работы с персоналом структурного	УК-1, ПК-4, ПК-6, ПК-10, ПК-11	ПН

	подразделения медицинской организации в амбулаторной клинической практике		
3	Освоение методик исследования и интерпретации полученных данных в амбулаторных условиях	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН
4	Назначение плана обследования пациенту с гастроэнтерологическим заболеванием в амбулаторной клинической практике	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, КВ, СЗ
5	План лечения пациента с гастроэнтерологическим заболеванием в амбулаторной клинической практике	УК-1, ПК-1, ПК-6, ПК-8, ПК-9	ПН, КВ, СЗ
6	Экспертная работа (оформление медицинской документации)	УК-1, ПК-5, ПК-11	ПН
7	Участие в диспансеризации пациента с гастроэнтерологическим заболеванием (оформление медицинской документации)	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-9	ПН

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

1. Описание показателей и критериев оценивания компетенций в результате освоения рабочей программы практики

Код компе-тенции	Содержание компетенции (части компетенции)	Показатель формирования компетенции для данной компетенции	Критерий оценивания	Оценочные средства *
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - методы формальной логики Умеет: - самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - прослеживать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию.	Для КВ и СЗ: правильность и полнота ответа	Для текущего контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ, ПН
ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на	Знает: - организацию гастроэнтерологической помощи в Российской Федерации; - основные направления развития современной гастроэнтерологии; - основные этапы развития гастроэнтерологии, представителей гастроэнтерологических школ; - эпидемиологию и социальную значимость гастроэнтерологических заболеваний - факторы риска возникновения гастроэнтерологических заболеваний с учетом возрастно-половых групп. - первичную и вторичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых. - этиологию и патогенез гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых. - принципы формирования здорового образа жизни	Для КВ: правильность и полнота ответа	Для текущего контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ

	устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания;	- вопросы ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний, включая редкие - методы и принципы санитарно-просветительской работы среди населения Умеет: - выделять группы риска по развитию основных гастроэнтерологических заболеваний среди населения; - дать рекомендации по первичной и вторичной профилактике основных гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых; - проводить раннюю диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - проводить санитарно-просветительскую работу среди населения разных возрастных групп, направленную на формирование здорового образа жизни и предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний		
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Знает: - информацию о распространенности и частоте встречаемости основных групп гастроэнтерологических заболеваний в Российской Федерации; - факторы риска и начальные клинические проявления гастроэнтерологических заболеваний; - возможности ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний; - варианты течения хронических гастроэнтерологических заболеваний; - принципы диспансерного наблюдения за пациентами с гастроэнтерологическими заболеваниями (кратность осмотров, перечень диагностических исследований, необходимость реабилитационных мероприятий); - первичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний Умеет: - интерпретировать информацию, полученную при клиническом и дополнительных методах исследования здорового населения разных возрастных групп; - назначить мероприятия первичной профилактики группам населения, подлежащим прохождению профилактических осмотров и диспансерному наблюдению; - дать рекомендации пациенту и лечащему врачу по дальнейшей тактике ведения пациента	Для КВ: правильность и полнота ответа	Для текущего контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ, ПН
ПК-3	готовность к	Знает:	Для КВ:	Для текущего

	проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях;	- знать перечень проведению противоэпидемических мероприятий, принципы организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях Умеет: - организовывать и проводить противоэпидемические мероприятия по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	правильность и полнота ответа	контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ
ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков;	Знает: - принципы социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков Умеет: - проводить социально-гигиенический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков	Для КВ: правильность и полнота ответа	Для текущего контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знает: - анатомию, физиологию пищеварительной системы в норме и при патологических состояниях; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - стандартный алгоритм и особенности проведения опроса пациента с гастроэнтерологическим заболеванием; - жалобы, характерные для гастроэнтерологических заболеваний; - этиологию, патогенез, классификации, клиническую картину, методы диагностики, дифференциальный диагноз гастроэнтерологических заболеваний; - МКБ-10; формулировки диагнозов гастроэнтерологических заболеваний; - лабораторные и инструментальные диагностические методы (лучевые и другие визуализационные, ультразвуковые методы), их информативность, показания и противопоказания к использованию при гастроэнтерологических заболеваниях у детей и взрослых Умеет: - собрать анамнез и получить информацию о заболевании (опросить пациента, родственников, работать с медицинской документацией); - применить объективные методы исследования пациента; - выделить ведущие гастроэнтерологические синдромы и поставить предварительный диагноз;	Для КВ и СЗ: правильность и полнота ответа Для ПН: шкала оценивания	Для текущего контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ, ПН

		- поставить и обосновать клинический диагноз; - пользоваться МКБ-10 для постановки клинического диагноза; - определить необходимость дополнительных методов исследования, интерпретировать полученные данные; - провести дифференциальную диагностику гастроэнтерологического заболевания; - оценить тяжесть состояния больного по клиническому и дополнительным методам исследования, оценить динамику гастроэнтерологической симптоматики во времени		
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	Знает: - общие вопросы организации гастроэнтерологической помощи в РФ, и связанными с ней вопросами организации работы скорой и неотложной помощи; - организацию помощи пациентам с гастроэнтерологическими заболеваниями - показания к различным формам оказания гастроэнтерологической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации; - различные способы лечения гастроэнтерологических заболеваний: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое, паллиативное; - современные стандарты лечения гастроэнтерологических заболеваний и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту; - основы фармакотерапии гастроэнтерологических заболеваний (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного лечения у пациентов разных возрастных групп (особенности использования в детском возрасте и гериатрии); - современные возможности прогнозирования индивидуальных реакций и чувствительности организма при использовании фармакологических препаратов; - хирургические методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (показания и противопоказания); - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов	Для КВ и СЗ: правильность и полнота ответа. Для ПН: шкала оценивания	Для текущего контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ, СЗ, ПН

		Умеет: - выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение); - определить наличие нетрудоспособности пациента; - назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при гастроэнтерологических заболеваниях с учетом возраста и индивидуальных особенностей пациента; - оценить динамику течения заболевания, внести коррективы в лечебную тактику; - прогнозировать течение и исход заболевания; - информировать пациента о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе заболевания на основе принципов этики и деонтологии		
ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации;	Знает: - знать принципы к оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации Умеет: - уметь организовать обеспечение медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	Для КВ: правильность и полнота ответа	Для текущего контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ
ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении;	Знает: - эпидемиологию гастроэнтерологических заболеваний, имеющих исход в инвалидизацию; - прогноз и исходы гастроэнтерологических заболеваний; - методы реабилитации (ранние и поздние) гастроэнтерологических заболеваний; - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов Умеет: - определить реабилитационную программу пациенту с гастроэнтерологическим с учетом возраста, потребностей пациента, прогнозируемого результата и экономической целесообразности	Для КВ: правильность и полнота ответа	Для текущего контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ
ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов	Знает: - принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации,	Для КВ: правильность и полнота	Для текущего контроля КВ

	и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих Умеет: - формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	ответа	Для промежуточной аттестации: КВ
ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	Знает: - законодательство Российской Федерации, - локальные номенклатурные акты учреждения, - принципы организации гастроэнтерологической помощи Умеет: - организовать работу гастроэнтерологического отделения и смежных специалистов; - организовать документооборот гастроэнтерологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов	Для КВ: правильность и полнота ответа	Для текущего контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ
ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей;	Знает: - Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; - методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; - вопросы организации медицинской помощи населению; - статистику состояния здоровья населения; - критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения; - организацию экспертизы качества медицинской помощи; - вопросы экспертизы временной нетрудоспособности; - основы менеджмента; - основы страховой медицины. Умеет: - применять методики изучения состояния здоровья населения; - анализировать деятельность (организацию, качество и эффективность) организаций здравоохранения; - использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции	Для КВ: правильность и полнота ответа	Для текущего контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ

ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации.	Знает: - основы и основные этапы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации Умеет: - организовать медицинскую помощь и эвакуацию при чрезвычайных ситуациях	Для КВ: правильность и полнота ответа	Для текущего контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ

2. 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, ПК-5	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: ПК-2, ПК-3	Оцениваются данные цифрового и текстового отчета по практике	Итоговая оценка непосредственного руководителя
3.	ХАРАКТЕРИСТИКА (проверяемые компетенции) УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	Оценивается профессиональная деятельность обучающегося во время практики и уровень освоения компетенций	Итоговая оценка непосредственного руководителя

Шкала и критерии оценивания результатов

Оценка	Вид задания		
	Демонстрации практических навыков при текущем контроле	Контрольные вопросы	Решение ситуационных задач
Неудовлетворительно	Грубое нарушение алгоритма или нарушение техники выполнения манипуляции.	ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам	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.	ответ неполный, требует наводящих вопросов. Речевое оформление требует поправок, коррекции	Ординатор частично справился с решением задачи, затрудняется обосновать свой ответ, делает грубые ошибки при пояснениях своего ответа. Правильно 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	ответ полный, но требует дополнений. Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя	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.	ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа	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

3. Форма промежуточной аттестации по практике: **зачет с оценкой.**

4. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Вид аттестации	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы
Промежуточная аттестация № 1		
Демонстрация практических навыков Ответ на контрольные вопросы Решение ситуационной задачи	ПН КВ СЗ	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
Промежуточная аттестация № 2		
Демонстрация практических навыков Ответ на контрольные вопросы Решение ситуационной задачи	ПН КВ СЗ	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
Промежуточная аттестация № 23		
Демонстрация практических навыков Ответ на контрольные вопросы	ПН КВ	УК-1, ПК-1,ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12
Промежуточная аттестация № 4		
Демонстрация практических навыков Ответ на контрольные вопросы	ПН КВ	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ и ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 1

Контрольные вопросы для собеседования:

1. Алгоритм обследования и ведения пациентов с гастроэзофагеальной рефлюксной болезнью (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
2. Алгоритм обследования и ведения пациентов с ахалазией кардии (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
3. Алгоритм обследования и ведения пациентов с эзофагитами (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
4. Алгоритм обследования и ведения пациентов с дивертикулами пищевода (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
5. Алгоритм обследования и ведения пациентов с язвенной болезнью (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
6. Алгоритм обследования и ведения пациентов с гастритами (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
7. Алгоритм обследования и ведения пациентов с функциональной диспепсией (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
8. Алгоритм обследования и ведения пациентов с пострезекционными расстройствами (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
9. Алгоритм обследования и ведения пациентов с синдромом раздраженной кишки (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
10. Алгоритм обследования и ведения пациентов с запорами (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
11. Алгоритм обследования и ведения пациентов с диареей (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
12. Алгоритм обследования и ведения пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
13. Алгоритм обследования и ведения пациентов с дивертикулярной болезнью (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

14. Алгоритм обследования и ведения пациентов с ишемической болезнью органов пищеварения (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
15. Алгоритм обследования и ведения пациентов с дисбактериозом кишечника (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
16. Алгоритм обследования и ведения пациентов с хроническим вирусным гепатитом (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
17. Алгоритм обследования и ведения пациентов с аутоиммунным гепатитом (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
18. Алгоритм обследования и ведения пациентов с лекарственным гепатитом (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
19. Алгоритм обследования и ведения пациентов с неалкогольной жировой болезнью печени (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
20. Алгоритм обследования и ведения пациентов с циррозом печени (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
21. Алгоритм обследования и ведения пациентов с желчнокаменной болезнью (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
22. Алгоритм обследования и ведения пациентов с холециститом (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
23. Алгоритм обследования и ведения пациентов с холангитом (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
24. Алгоритм обследования и ведения пациентов с функциональными расстройствами билиарного тракта (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
25. Профилактические мероприятия при болезнях желудка и двенадцатиперстной кишки (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-8, ПК-9).
26. Профилактические мероприятия при болезнях печени (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-8, ПК-9).
27. Профилактические мероприятия при болезнях кишечника (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-8, ПК-9).
28. Принципы ведения медицинской документации пациента и отчетной документации гастроэнтерологического отделения в стационаре (УК-1, ПК-4, ПК-10, ПК-11).
29. Риски обострения хронической гастоэнтерологической патологии при чрезвычайных ситуациях (УК-1, ПК-3, ПК-12).
30. Гастроэнтерологическая патология и острые стрессовые ситуации (УК-1, ПК-3, ПК-12).

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8):

Задача № 1.1
Больной С., 69 л., жалуется на затруднение прохождения пищи по пищеводу, усиливающееся при нервной нагрузке и при определенных видах пищи. Также беспокоят боли за грудиной. Из анамнеза жизни: курит, часто употребляет алкоголь, питание нерегулярное, всухомятку. Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. План обследования
3. План лечения

Задача № 1.2

Больной П., 38 л. жалуется на жгучие боли в нижней части грудины, через 30 мин после еды, ежедневные, отрыжку кислым. Более 5 лет отмечает изжогу, жгучие загрудинные боли, усиливающиеся в горизонтальном положении, после обильной еды. Из анамнеза жизни: курит, часто употребляет острую пищу. Объективно: состояние удовлетворительное. Больной повышенного питания. Язык влажный, обложен у корня. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии при наклоне вперед. По остальным органам – без особенностей.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз
3. Лечебная тактика

Задача № 1.3
Больной С., 36 л., жалуется на периодически возникающие загрудинные боли, периодически отрыжку с гнилостным привкусом и запахом. Данные жалобы появились около года назад и стали постепенно усиливаться и учащаться.
Из анамнеза жизни: не курит, часто не употребляет, питание нерегулярное, всухомятку.
Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования
3. План лечения

Задача № 2.1
Женщина А. 32 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на общую слабость, периодическую боль в эпигастральной области. Из анамнеза известно, что данные жалобы беспокоят в течение 1 месяца. За медицинской помощью не обращалась. Терапию не получала. Также около 2 месяцев принимает препараты железа по поводу анемии легкой степени. У отца – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Объективно: Температура тела 36, 6 С. ИМТ = 21.5 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледны. Пульс 76 уд/мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье и эпигастральной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул последний раз был 2 дня назад плотной консистенции темно-коричневого цвета. В клиническом анализе крови: гемоглобин 89 г/л, микроцитоз, гипохромия, СОЭ 9 мм/час. В биохимическом анализе крови в пределах нормы. Ваш план обследования, диагноз.

Задача № 2.2
Женщина 36 лет обратилась к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на ноющие, режущие боли в эпигастральной области через 1.5 часа после приема пищи, часто по ночам и натощак. Также беспокоит изжога и отрыжка кислым. В течение 5 лет, осенью, отмечает появление ноющих болей в эпигастрии. Самостоятельно принимает фосфалюгель. 4 года назад проводилась 7-дневная эрадикационная терапия. Контроль эффективности не оценивался. Из анамнеза жизни известно, что длительное время курит по 1/2 пачке в день. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 22.9 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 уд/мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Язык умеренно влажный без налета. Живот мягкий, выраженная болезненность в эпигастрии справа. Там же – положительный симптом Менделя. Ваш план обследования.

Задача № 2.3
Женщина 64 лет обратилась к гастроэнтерологу в поликлинику по месту жительства с жалобами на чувство раннего насыщения, дискомфорт в верхнем отделе живота, ощущения горечи и кислоты в ротовой полости преимущественно в вечерние часы. Со слов длительное время (более 25 лет) страдает диагнозом «хронический гастрит». Наблюдалась у терапевта, гастроэнтеролога. Неоднократно выполнялось ФГДС с обнаружением полных эрозий в антральном отделе желудка. Со слов 3 года назад выполнялась эрадикационная терапия инфекции Helicobacterpylori без последующего контроля. Схему эрадикационной терапии не помнит. Последний раз была на консультации гастроэнтеролога 3 месяца назад по поводу жжения и дискомфорта в верхнем отделе живота. Последняя терапия: новобисмол, нексиумв течении 1 месяца. Из анамнеза жизни известно, что наследственность отягощена по раку желудка у отца. На протяжении длительного времени страдает ГБ, варикозным расширением вен нижних конечностей. На постоянной терапии получает периндоприл, гидрохлортиазид, розувастатин. Прием НПВП и аспирина отрицает. Последние обследования. В биохимическом анализе крови в пределах референса. В клиническом анализе крови: гемоглобин 112 г/л, микроцитоз, гипохромия, СОЭ 31 мм/час остальные показатели в норме. ФГДС. Эрозивный антральный гастрит, поверхностный дуоденит, дуоденогастральный рефлюкс, подслизистое образование тела желудка до 4 мм в диаметре? Очаговая атрофия желудка. УЗИ ОБП: диффузные изменения печени и поджелудочной железы по типу стеатоза. Гастроэнтерологом рекомендовано выполнение гастропанели. Результаты: Пепсиноген 1 - 11.3 мкг/л (30-160), пепсиноген 2 – 9.0 мгк/л (3-15), Пепсиноген 1/пепсиноген 2 - 1.0 (3-20), гастрин 17 (базальный) 19.8 пмоль/л (1-7), антитела к НР 41.8 (> 30 ед – положительно). Объективно: Температура тела 36, 6 С. ИМТ = 26.5 кг/м2. Пульс 96 уд/мин, АД 145/90 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. При поверхностной и глубокой пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 2.4
Пациент В. 29 лет, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на ежедневный дискомфорт и периодическую боль в эпигастральной области. Данные симптомы беспокоят уже около 8 месяцев. Не обследовался, не лечился. Периодически принимал ферменты с незначительным положительным эффектом. В связи с сохранением жалоб обратился к терапевту. При обследовании в клиническом анализе крови без патологии, уровень СРБ не повышен, глюкоза, АЛТ, АСТ, в пределах нормы. УЗИ ОБП: Диффузные умеренные изменения паренхимы печени по типу стеатоза. Диффузные умеренные изменения паренхимы поджелудочной железы. ФГДС: НК. Эрозивный бульбит. По результатам ФГДС направлен к гастроэнтерологу. Объективно: Температура тела 36,5 С. ИМТ = 25.6 кг/м2. Пульс 100 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. При поверхностной и глубокой пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, желтого цвета, безболезненно. Стул оформленный, коричневого цвета без видимой крови и слизи, через день. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 2.5
Мужчина К., 29 лет обратился к гастроэнтерологу по рекомендациям терапевта. Активно жалоб не предъявляет. Аппетит сохранен. Вес набирает. Из анамнеза заболевания известно, что при прохождении медицинского осмотра по данным ФГДС обнаружена недостаточность кардии, антральная эрозивная гастропатия. Признаки ДЖВП. По данным УЗИ ОБП:

диффузные изменения поджелудочной железы. В клиническом и биохимическом анализе крови без отклонений. Пациент длительное время курит, алкоголем не злоупотребляет. Питается регулярное, 4-5 раз в день, отмечает пристрастие к острой и соленой пище. Объективно: Температура тела 36, 6 С. ИМТ = 31.3 кг/м2. Пульс 88 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. При поверхностной и глубокой пальпации безболезненный во всех отделах, затруднен для пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, желтого цвета, безболезненное. Стул оформленный, коричневого цвета без видимой крови и слизи до 2х раз в сутки. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации. Какие факторы риска имеются у пациента, усугубляющие течение заболевания?

Задача № 2.6

Больная Х. 27 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на кислый привкус во рту, периодическую боль в эпигастральной области тупого и режущего характера с иррадиацией в левое подреберье, которая усиливается после приема пищи (мясная и жирная пища) через 1,5 часа, а также натощак. Боль периодически купируется темпалгином, ношпой или омепразолом. С актом дефекации боль не связана. Также отмечает периодическую тошноту, отсутствие аппетита. Из анамнеза известно, что считает себя больной в течение 4 месяцев, когда на фоне благополучия проявились вышеописанные боли. За медицинской помощью не обращалась. Лечилась самостоятельно НПВП (темпалгин) с периодическим эффектом до 2 таблеток в день, ношпой и омепразом с кратковременным эффектом (однократный прием). Данные приступы возникают 2 раза в неделю. Стул через день, оформленный, без патологических примесей. Последний приступ был 2 дня назад, когда отметила появление общей слабости, тумана перед глазами, тошноты и сжимающих болей в животе, а также послабление кашицеобразного темно-коричневого цвета. Повышения температуры и рвоты не было. Вызвала СМП, оказана симптоматическая терапия. Диагноз: острый гастроэнтероколит. Рекомендовано обратиться в поликлинику по м/ж и прием омепразола по 1 капсуле 1 раз в день. Объективно: Температура тела 36, 7 С. ИМТ = 29.3 кг/м2. Пульс 105 уд/мин, АД 100/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации умеренная болезненность в эпигастральной, в левой и правой подреберной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул плотный, темно-коричневый, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 2.7

Мужчина К. 35 лет обратился с жалобами на тупые боли в эпиагастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, во время сна, уменьшающиеся после приема соды и молока. Также отметил 2 раза рвоту пищей, кислым содержимым, приносящая облегчение. Считает себя больным в течении 7 лет, когда периодически стали беспокоить изжога и дискомфорт в эпигастральной области, стихающие после приема антацидов. Впоследствии боли возникали постоянно в весенне-осенний период. Настоящее ухудшение отметил последние 2 недели, когда появились вышеописанные жалобы. Возникающая рвота на высоте болей заставила обратился за медицинской помощью. Примесь крови в рвотных массах, черного дегтеобразного стула отрицает. Хронические заболевания отрицает. Курит по полпачки в день, алкоголь употребляет по праздникам. Аллергических реакций не было. Объективно: Температура тела 36,5 С. ИМТ = 25.6 кг/м2. Пульс 78 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в пилородуоденальной зоне, умеренная разлитая болезненность в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное,

желтого цвета, безболезненно. Стул плотный, отсутствует 2 дня. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 3.1
Больная, 54 лет, обратилась в поликлинику. Жалобы на: боли в левой подвздошной области тянущего характера, склонность к запорам. Стул через день, иногда через 2. Подобные боли периодически беспокоят последний год, как правило, в связи с задержкой стула. Поводом для обращения стал совет врача гинеколога, поскольку была отмечена выраженная болезненность при вагинальных исследованиях. Анамнез жизни без особенностей. Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Язык влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень по краю рёберной дуги, пальпируемых образований в брюшной полости не определяется. Какие лабораторные и инструментальные методы диагностики необходимы для постановки диагноза?

Задача № 3.2
Пациентка, 20 лет. Жалобы на: ноющие боли в околопупочной области, вздутие живота после еды, обильный кашицеобразный стул до 3-5 раз в сутки, снижение массы тел на 5 кг за год. Считает себя больной с детства, когда появилась периодическая ноющая боль в околопупочной области живота, обильный жидкий стул до 2-3 раз в сутки, усиливающаяся после приема в пищу хлебобулочных, макаронных изделий. Последнее время отмечает ухудшение состояния, усиление боли в животе, учащения стула до 5-6 раз. В детстве болела рахитом, отставала в физическом развитии. Состояние средней степени тяжести. Индекс массы тела 17,2 кг/м^2, кожные покровы бледные, голени отечные. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в околопупочной области. Какой инструментальный метод исследования необходим для верификации диагноза?

Задача № 3.3
Пациент, 56 лет. Жалобы: учащение стула до 6-8 раз в сутки без патологических примесей. Считает себя больным более 5 лет, когда впервые появилась общая слабость, лихорадка до 38,4°С, потеря аппетита, головокружение, артралгии коленных, голеностопных, лучезапястных суставов, которые носили приступообразный, летучий характер. Рецидивы боли по 3-4 раза в неделю, особенно в холодную сырую погоду. Иногда пораженные суставы были болезненными и припухшими. Пациент обследован ревматологом и онкологом. Был поставлен диагноз палиндромного ревматизма. Получал нимесулид с хорошим эффектом. Спустя 4 года присоединилась диарея. За последние 3 месяца похудел на 18 кг. Состояние средней степени тяжести. Индекс массы тела 17,3 кг/м2. Температура тела 38,5 °С. Пальпируются подмышечные шейные, паховые лимфоузлы размером не более 5 мм, подвижные, безболезненные, эластичной консистенции. Суставы визуально не изменены, движения в полном объеме. Живот вздут, симметричный. При пальпации определяется локальная мышечная защита и болезненностью в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличена. По данным гастроскопии выявлены недостаточность кардии, очаговый гастрит. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные изменения печени, мочекаменная болезнь. Наиболее вероятный диагноз? Обоснование?

Задача № 3.4
Пациентка, 43 лет, на осмотре у врача. 3 месяца назад по поводу острого пиелонефрита больная получала антибиотики широкого спектра действия, достигнута ремиссия. Однако спустя примерно месяц появились метеоризм, дискомфорт в мезогастрии, неустойчивый

стул до 3-4 раз в сутки. Постепенно неустойчивый стул трансформировался в диарею, частота которой спонтанно варьировала от 5- 6 до 10-12 раз в сутки. Понос сопровождался ложными и императивными позывами, отделением слизи. Около недели назад присоединилась субфебрильная лихорадка. Больная госпитализирована в стационар. Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,8 °С. Живот вздут. При пальпации определяется локальная болезненность и мышечная защита в мезогастрии и левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Наиболее вероятный диагноз? Какой инструментальный метод нужен для его подтверждения?

Задача № 3.5
Женщина, 30 лет, на приеме участкового врача терапевта жалуется на “выкручивающие” боли в животе, чаще в левой подвздошной области, возникающие на фоне стрессовых и конфликтных ситуаций, обычно во 2 половине дня, уменьшающиеся или исчезающие после дефекации; на тянущие боли, дискомфорт в животе без определённой локализации, возникающие обычно после обеда, сопровождающиеся вздутием живота и проходящие после отхождения газов или приема сорбентов; на головные боли, возникающие во 2 половине дня. С 27 лет на фоне конфликтных ситуаций на работе появились послабления стула и учащение дефекации до 3-4 раз в день. Клинически значимых отклонений при объективном обследовании не выявлено. Лабораторные исследования и колоноскопия отклонений от нормы не показали. Какой диагноз Вы сформулируете? Какие группы препаратов необходимы назначить?

Задача № 3.6
У больного 55 лет появился частый стул - до 20-30 раз в сутки, с примесью крови и слизи, температура 38,0°С, боли в левой подвздошной области, которые усиливаются при позывах к дефекации. Бактериологическое исследование кала: патогенной флоры, простейших, яиц гельминтов не выявлено. Ректороманоскопия - слизистая оболочка резко гиперемирована, отечная, имеются поверхностные, разных размеров кровоточащие язвы. При рентгенографии: складки слизистой оболочки утолщены, умеренное диффузное расширение кишки, циркулярные спастические сокращения. Ваш диагноз?

Задача № 3.7
Пациентка, 34 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога. Жалобы на боль в нижних отделах живота, спастического характера, усиливающуюся через полтора часа после еды, в том числе ночью, уменьшающуюся после акта дефекации; вздутие живота; полуоформленный стул 2 раза в день с примесью крови; общую слабость; периодически возникающую боль в коленных суставов. Два года назад впервые появилась ноющая боль в животе, кашицеобразный стул. Самостоятельно принимала спазмолитики, НПВС без значимого эффекта. Обратилась к врачу, когда появилась кровь в стуле. Нормостеник, температура 36,5°С. Живот мягкий, умеренно вздут при пальпации, болезненный в правой и левой подвздошной областях. Колоноскопия: баугиниева заслонка зияет, в куполе слепой кишки множественные до 0,5 см щелевидные язвы, в восходящей ободочной кишке множественные язвы неправильной формы, покрытые фибрином, полиповидные образования. В нисходящей кишке множественные глубокие язвы, чередующиеся с неповрежденной слизистой. Морфологическое исследование: полиповидное фрагменты гиперплазии слизистой толстой кишки с выраженной клеточной инфильтрацией собственного слоя, изъявлениями. Диагноз?

Задача № 3.8
Больная, 57 лет, обратилась в поликлинику. Жалобы на: боли в левой подвздошной области тянущего характера, склонность к запорам (стул через 1-2 дня). Подобные боли

периодически беспокоят последний год, как правило, в связи с задержкой стула. Поводом для обращения стал остро возникший накануне кратковременный приступ боли в животе с метеоризмом после употребления порции винегрета. Анамнез жизни без особенностей. Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Язык влажный. Живот мягкий. Болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень по краю рёберной дуги, пальпируемых образований в брюшной полости не определяется. При колоноскопии выявлены дивертикулы нисходящей и сигмовидной кишки без признаков дивертикулита. Какая группа слабительных предпочтительна для назначения таким пациентам? Какие антибактериальные средства назначают для курсовой терапии при дивертикулярной болезни?

Задача № 3.9
У больной 40 лет, страдающей дивертикулезом ободочной кишки, возникли боли в левой подвздошной области, поднялась температура до 39°С, отмечалась задержка газов и стула. За медицинской помощью обратилась через 3 суток. При осмотре: в левой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование без четких границ, плотное, болезненное, малоподвижное; в анализе крови - лейкоцитоз. При УЗИ: тень неоднородная по строению, с высокой акустической плотностью, в центре которой гомогенная тень с ровными контурами. Ваш диагноз?

Задача № 4.1
Больная Р., 42 лет, жалуется на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение живота в размерах, чувство тяжести в правом подреберье, выраженную слабость, утомляемость, снижение трудоспособности. Физиологические отправления в норме. Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появились слабость и зуд кистей и стоп в ночное время, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. Постепенно присоединилась тяжесть в правом подреберье, увеличился живот, усилилась слабость, зуд стал более интенсивным и распространенным. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния обратилась в поликлинику по месту жительства. Участковым врачом направлена на госпитализацию для обследования и подбора терапии.
Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.
Профессиональный анамнез: бухгалтер, профессиональные вредности отрицает.
Диету соблюдает. Вредные привычки отрицает.
Наследственность: у матери – ИБС, у отца - ХОБЛ.
Туберкулез, вирусные гепатиты отрицает.
Аллергологический анамнез не отягощен.
Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, сухие, на спине, животе, предплечьях и голенях следы расчесов. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 78 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 78 в мин. Язык влажный, у корня обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, равномерно увеличен, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При

пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации положительный. При перкуссии над всеми отделами тупой звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пропальпировать отделы толстого кишечника не удается, область пальпации безболезненна. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень пальпируется на 3см ниже реберной дуги по среднеключичной линии, при пальпации умеренно болезненна, плотная, край острый, размеры по Курлову 12 х 10 х 9 см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4 см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.
Вопрос:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План лечения?

Задача № 4.2
Больная К., 43 лет, обратилась к врачу с жалобами на периодические боли в правом подреберье, тянущие, ноющие, иррадиирующие в правую лопатку и плечо, возникают после приема жирной пищи, длятся до 2-х часов, проходят самостоятельно. Стул один раз в три – четыре дня, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.
Считает себя больной около 3 лет, когда впервые после употребления алкоголя и жирной пищи возникли боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала но-шпу. С этого времени после погрешностей в диете подобные обострения, не обследовалась, не лечилась. Около года назад присоединились запоры. Сегодня после употребления алкоголя и жареной пищи возобновились боли, вызвала скорую помощь, доставлена в сан. пропускник.
Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.
Профессиональный анамнез: работает продавцом в продуктовом магазине, часто не регулярный прием пищи, употребление жирной и жареной пищи.
Вредные привычки: не курит, алкоголь – редко в небольших количествах.
Наследственность: у мамы – хронический холецистит, у отца – ЖКБ.
Ведет малоподвижный образ жизни.
Аллергологический анамнез не отягощен.
Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Гиперстеник. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, чистые. Видимые слизистые розового цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, толщина подкожно-жировой складки на уровне пупка - 6см, по среднеключичной линии – 4см. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 72 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно- жировой клетчатки, обе половины одинаково участвуют в акте

дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Эластичной консистенции, подвижность сохранена. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 х 9 х 7см. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера - положительные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4 см. поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненная. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Вопросы:

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.План терапии?

Задача № 4.3

Больная Р., 52 года, поступила в клинику с жалобами на тупые боли в области правого подреберья с иррадиацией в правое плечо, повышение температуры до 38 °С, тошноту, рвоту, потливость, слабость. Из анамнеза заболевания известно, что в течение 4 лет беспокоят приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правые отделы, возникающие после погрешностей в диете (прием жирной, острой пищи). В течение последнего года подобное обострение второе. Лечилась самостоятельно: соблюдала диету, принимала спазмолитики, использовала грелку. Анамнез жизни. Домохозяйка, ведет малоподвижный образ жизни. Питание: употребляет много острой, жареной, жирной пищи, эпизодически алкоголь, отмечает большие промежутки времени между приемами пищи. Гинекологический анамнез: 3 беременности, 3 родов. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре состояние больной средней тяжести. Рост — 161 см, вес — 78 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. При перкуссии легких определяется ясный легочный звук. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При аускультации I и II тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. ЧСС 92/мин. АД 130/80 мм рт. ст. на обеих руках. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Желчный пузырь не пальпируется. Пальпируемые отделы толстой кишки нормальных размеров, безболезненные. Определяются болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге справа, болезненность при надавливании большим пальцем в проекции желчного пузыря на вдохе. Выявлена болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа. Размеры печени по Курлову — 9 х 8 х 7 см. Край печени по правой срединноключичной линии не пальпируется. Селезенка не увеличена. Стул: склонность к запорам.

Лабораторно-инструментальные исследования. В общем анализе крови: гемоглобин — 138 г/л, лейкоциты — 9,4 х 109/л, палочкоядерные нейтрофилы — 4%, сегментоядерные нейтрофилы — 68%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 19%, моноциты — 9%, СОЭ — 19 мм/ч.

При холецистографии выявлено замедление опорожнения желчного пузыря, моторика желчевыводящих путей замедлена.

УЗИ печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Печень: размеры не увеличены, контуры ровные, паренхима имеет однородную малоэхогенную структуру. Общий желчный проток не расширен (около 4 мм). Желчный пузырь: натощак растянут с признаками застоя желчи, отмечаются деформация и утолщение его стенки (толщина стенки 5 мм), конкрементов не выявлено. Через 30 минут после назначения желчегонного завтрака (2 сырых яичных желтка) опорожнение замедлено и недостаточное.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

Задача № 4.4
Больная Б., 45 лет, поступила с жалобами на тупые боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, неприятный вкус во рту, тошноту, неоднократную рвоту с примесью желчи, кожный зуд. Из анамнеза заболевания известно, что в течение последних 5 лет отмечает частые приступы болей в правом подреберье, сопровождающиеся неприятным
вкусом во рту, тошнотой, рвотой с примесью желчи, иногда повышением температуры тела до субфебрильных цифр. Боли провоцировались приемом острой и жирной пищи, иногда физической нагрузкой. Подобные обострения наблюдались 5–6 раза в год. С вышеуказанными симптомами к врачам не обращалась.
Настоящее ухудшение — в течение последних 4 дней, когда вышеуказанные боли в правом подреберье участились, повысилась температура до фебрильных цифр и появился кожный зуд. В гинекологическом анамнезе у больной 2 беременности, 2 родов.
При осмотре состояние больной средней тяжести. Рост 166 см. Вес 82 кг.
Кожные покровы и видимые слизистые оболочки иктеричны, следы расчесов на коже. Температура тела 38,3 °С. Перкуторно границы легких в пределах нормы. Аускультативно — дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. ЧСС 96 уд. в мин. АД 130/75 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Отмечается усиление болевой чувствительности на вдохе при пальпации в области проекции желчного пузыря. Выявляется болезненность при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы у верхнего края ключицы. Размеры печени по Курлову 9 х 8 х 6 см. Лабораторно-инструментальные исследования. Клинический анализ крови: гемоглобин 137 г/л, лейкоциты 14,9 х 109/л, палочкоядерные нейтрофилы 8%, сегментоядерные нейтрофилы 69%, эозинофилы 2%, лимфоциты 12%, моноциты 9%, СОЭ 25 мм/ч.
Биохимический анализ крови: общий билирубин 52 ммоль/л, прямой билирубин 38 ммоль/л, АСТ 38 ЕД/л, АЛТ 36 ЕД/л, холестерин 6,7 ммоль/л, амилаза 87 ЕД/л, щелочная фосфатаза 218 ЕД/л, глюкоза 5,3 ммоль/л.
УЗИ печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Печень: размеры не увеличены, контуры ровные, паренхима имеет однородную малоэхогенную структуру. Желчный пузырь: деформация и утолщение его стенки (толщина стенки 5 мм), выявлены 2 конкремента, диаметром 5 мм и 7 мм. Общий желчный проток не визуализируется.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

Задача № 4.5

Пациентка В., 39 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на уменьшение аппетита, слабость, общее недомогание, снижение веса, пожелтение склер.
Из анамнеза: работает менеджером в крупной компании, ведет здоровый образ жизни, употребление алкоголя отрицает. Месяц назад во время профилактического осмотра в частной клинике отмечалось повышение уровней АЛТ (100 МЕ/л) и АСТ (120 МЕ/л). Поставлен диагноз «неалкогольная жировая болезнь печени», даны рекомендации по изменению образа жизни, назначена витаминотерапия. Исследование анализов в динамике не проводилось. При более подробном опросе выяснилось, что за месяц до визита в частную клинику по совету друзей начала принимать некое «средство китайской народной медицины» с «общеукрепляющим» эффектом. Через неделю прием прекратила, поскольку обратила внимание на бессонницу и повышенную нервозность. В течение последующего месяца постепенно начала прогрессировать слабость, начала снижаться масса тела (на 3 кг), отмечалось общее недомогание, в последние 3 дня отметила желтушное окрашивание склер.
При осмотре: состояние средней тяжести, больная нормального телосложения и питания, отмечается желтушность склер и слизистых. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье, край печени закруглен, выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.
Проведены лабораторные исследования. В общем анализе крови гемоглобин 110 г/л, лейкоциты 7,8 109/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 52 мм/ч. В биохимическом анализе крови общий белок 62 г/л, альбумин 42 г/л,
общий билирубин 44 мкмоль/л, АЛТ 140 МЕ/л, АСТ 180 МЕ/л, IgG 22,5 г/л (при норме 5–16 г/л). Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, анти-HCV-антитела) не выявлены, RW, ВИЧ отрицательны. Титр антинуклеарного фактора 1:320 (при норме менее 1:160).
На УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, диаметр v. portae 0,9 см, свободной жидкости в брюшной полости нет.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

Задача № 4.6
Пациент Д., 39 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, раздражительность, пожелтение склер, общее недомогание, изжогу. Из анамнеза: работает IT-специалистом, употребление алкоголя отрицает. Полгода назад побывал в туристической поездке в одной из стран Юго-Восточной Азии, где вступал в беспорядочные половые связи с местными жителями. После возвращения отметил постепенное нарастание слабости, раздражительности. За 2 дня до госпитализации отметил появление слабого желтого окрашивания склер.
При осмотре: состояние средней тяжести, больной нормального телосложения и питания, отмечается желтушность склер. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье, край печени закруглен, выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.
В общем анализе крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты 6,1 х 109/л, СОЭ 26 мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий белок 78 г/л, альбумин 49 г/л, общий билирубин 40 мкмоль/л, АЛТ 95 МЕ/л, АСТ 49 МЕ/л. Выявлены анти-HCV-антитела. HBsAg, RW, ВИЧ отрицательны. По данным УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени и

поджелудочной железы, увеличение печени, диаметр v. portae 0,8 см, свободной жидкости в брюшной полости нет.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

Практические навыки:

1. Способность оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы основных гастроэнтерологических заболеваний (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
2. Навыки планировать объем необходимых обследований для диагностики болезней органов пищеварительной системы (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6).
3. Оформлять медицинскую документацию. (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10).
4. Совместно с врачом-гастроэнтерологом обследование и ведение больных (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
5. Осуществление диспансерного наблюдения пациентов с гастроэнтерологической патологией (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
6. Оценивать тяжесть состояния больного на основе клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, выделять и анализировать ведущие синдромы при патологии органов пищеварительной системы (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
7. Знать патогенез основных гастроэнтерологических заболеваний, особенности их течения в различном возрасте (УК-1, ПК-5, ПК-6).
8. Применять на основе научно доказанных методов терапевтический комплекс для лечения заболеваний пищеварительной системы (УК-1, ПК-6, ПК-8).
9. Проводить дифференциальную диагностику гастроэнтерологических заболеваний (УК-1, ПК-5).
10. Умение назначать и выписывать рецепты на препараты заместительной терапии гормонами, в том числе по федеральным и региональным льготам (УК-1, ПК-6).
11. Овладеть навыками реабилитации гастроэнтерологических больных (УК-1, ПК-8).
12. Проводить просветительную работу о ведении здорового образа жизни. (УК-1, ПК-2).

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 2

Контрольные вопросы для собеседования:

1. Алгоритм обследования и ведения пациентов с острым панкреатитом (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
2. Алгоритм обследования и ведения пациентов с хроническим панкреатитом (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
3. Алгоритм обследования и ведения пациентов экзокринной недостаточностью поджелудочной железы (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
4. Алгоритм обследования и ведения пациентов с кистами поджелудочной железы (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
5. Алгоритм обследования и ведения пациентов с печеночной энцефалопатией (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
6. Алгоритм обследования и ведения пациентов острыми и хроническими кровотечениями из верхних отделов ЖКТ (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
7. Алгоритм обследования и ведения пациентов острыми и хроническими кишечными кровотечениями (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
8. Алгоритм обследования и ведения пациентов с печеночной коликой (УК-1, ПК-2, ПК-

5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

9. Алгоритм обследования и ведения пациентов с перфорацией язвы на фоне язвенной болезни (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
10. Алгоритм обследования и ведения пациентов с острой диареей (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
11. Алгоритм обследования и ведения пациентов с синдромом острого живота (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
12. Алгоритм обследования и ведения пациентов с опухолями пищевода (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
13. Алгоритм обследования и ведения пациентов с опухолями желудка (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
14. Алгоритм обследования и ведения пациентов с опухолями толстой кишки (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
15. Алгоритм обследования и ведения пациентов с опухолями печени (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
16. Алгоритм обследования и ведения пациентов с опухолями желчевыводящих путей (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
17. Риски обострения хронической гастоэнтерологической патологии при чрезвычайных ситуациях (УК-1, ПК-3, ПК-12).
18. Гастроэнтерологическая патология и острые стрессовые ситуации (УК-1, ПК-3, ПК-12).
19. Оценка качества оказания специализированной гастроэнтерологической помощи в условиях стационара УК-1, ПК-11).

Ситуационные задачи (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8):

Задача № 5.1

Больная Ж., 33 лет, жалуется на ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, возникают через 30-40 минут после приема жирной пищи и алкоголя, длятся до 3-х часов, проходят самостоятельно, тошноту, отрыжку воздухом, вздутие живота. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, с жирным блеском, зловонный, плохо смывается с унитаза.

Считает себя больной около 1 года, когда постепенно появилась вышеперечисленная симптоматика; за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась. В течение последнего месяца начала соблюдать диету (исключила прием алкоголя и жирной жареной пищи), принимала но-шпу, отметила незначительное улучшение самочувствия – уменьшились боли в животе, сохраняется тяжесть в животе после еды, отрыжка воздухом, вздутие живота, неустойчивый стул.

Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.

Профессиональный анамнез: официантка в ресторане, питается регулярно, часто погрешности в диете.

Вредные привычки: курит в течение 7 лет 1 пачка сигарет в день, употребляет крепкие алкогольные напитки.

Наследственность: у матери сахарный диабет 2 типа, отец - ИБС.

Аллергологический анамнез не отягощен.

Объективно: сознание ясное, положение активное. Астеник. ИМТ 17 кг/м 2. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, влажные, чистые. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически

обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 88 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 88 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, подвздут, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 8 х 7 х 6см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.
Вопрос:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Каков прогноз заболевания?

Задача № 5.2
Больной К., 45 лет, обратился к врачу в связи с жалобами на давящие, боли в эпигастральной области, периодически опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, уменьшаются самостоятельно через 30-40 минут, но совсем не проходят, сопровождаются вздутием живота; рвоту, не приносящую облегчения, отрыжку воздухом; желтушность кожных покровов и склер, стул 1 раза в день, оформленный, белого цвета, без патологических примесей; мочеиспускание 3-4 раза в день, свободное, безболезненное, моча «цвета пива».
Считает себя больным около года, когда после погрешности в диете (прием алкоголя, жирной и копченой пищи) возникла боль в правом подреберье, желтушность склер. За медицинской помощью не обращался, постепенно симптомы прошли самостоятельно. Около месяца назад боли стали опоясывающими, присоединилось вздутие живота. 3 дня назад, после «застолья» возобновились боли, вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота после приема любой пищи не приносящая облегчения, коллеги по работе обратили внимание на желтушность кожи и слизистых. Два дня назад стал обесцвеченным кал и моча «цвета пива». Вызвал скорую помощь, доставлен в инфекционную больницу. Диагноз вирусного гепатита исключен, доставлен в приемное отделение городской больницы для дальнейшего обследования. Вышеперечисленные симптомы сохраняются.
Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.
Профессиональный анамнез: работает слесарем.
Питается не регулярно, диету не соблюдает.
Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко.
Наследственность: у матери – гипертоническая болезнь, у отца – хронический панкреатит. Аллергологический анамнез не отягощен.
Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту.

Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 72 в мин., удовлетворительных качеств. АД 120/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов
сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой выражен умеренно. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. При глубокой пальпации определяется болезненность в области поджелудочной железы. Печень не пальпируется, пальпация безболезненна, размеры по Курлову 9 х 8 х 7см., пузырные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 7 х 5см. При осмотре поясничная область не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.
Вопрос:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Чем может быть обусловлен более высокий риск развития портальной гипертензии при подпеченочной форме данного заболевания?

Задача № 5.3
Больная Б. 52 года. На протяжении 8 лет у него периодически (после алкоголя) отмечаются боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, поносы. Лечился у терапевта по поводу "колита". В период обострения отмечается снижение веса, бледность кожных покровов, болезненность в левом подреберье, тошнота, рвота. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови без видимых отклонений от нормы. В копрограмме– креаторея, в большом количестве нейтральный жир.
Вопрос:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача № 5.4
Больной Ж. 32 лет, доставлен в приемный покой после употреб-ления алкоголя, с жалобами на сильные боли в эпигастрии, тошноту, неукротимую рвоту, вздутие живота, снижениедиуреза. Объективно: кожный покров бледен, пульс 110 в 1 мин. АД 100/60 мм рт. ст. Отдышка до 24 в 1 минуту. Дыхание ослабленное, до хрипов нет. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, на боковых отделах мраморность. При пальпации напряжение брюшной стенки в эпигастральной области, здесь же максималь-ная болезненность, определяемая даже при перкуссии со сглажен-ной печеночной тупостью. Ослабление перистальтики. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет.
Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача № 5.5
Мальчик Д. 12 лет, поступил в отделение на обследование в связи с ноющими болями в верхней половине живота после приема жаренной и жирной пищи, снижением аппетита, тошнотой, повторной рвотой. Данные анамнеза. С 5 лет находится на диспансерном учете у аллерголога с диагнозом: пищевая аллергия, атопический дерматит. В 7 лет перенес гепатит

А. Со слов мамы ребенка, диету мальчик не соблюдает. С 9 лет после обеда в школе и физической нагрузки часто беспокоят ноющие боли опоясывающего характера в верхней половине живота, продолжающиеся до2 часов и ослабевающие в положении сидя с наклоном туловища вперед. Боли сопровождаются тошнотой, метеоризмом, сухостью слизистых полости рта и проходят после приема но-шпы. Данные объективного осмотра: Масса тела 28 кг, рост 132 см. Мальчик астенического телосложения. Состояние средней тяжести. Температура тела 36.80С. Выражены суборбитальные тени. Кожа чистая, бледная. Зев чистый, миндалины рыхлые, гипертрофированы. Язык обложен. В легких везикулярное дыхание. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левом подреберье, зоне Шоффара, положительные симптомы Кача, Мейо-Робсона, Керте. Печень и селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, без патологических примесей с жирным блеском. Температура 36.8°С. Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, мочевина 5.2 ммоль/л, холестерин 3.4 ммоль/л, триглицериды 0.72 ммоль/л, βлипопротеиды 42 ммоль/л, билирубин прямой 3.8, непрямой 12.8 мкмоль/л, амилаза 520 ЕД/л. Копрограмма: значительное количество непереваренных мышечных волокон, большое количество нейтрального жира. УЗИ: гиперэхогенность поджелудочной железы, чередование гипер- и гипоэхогенных участков, четкий контур, расширение главного панкреатического протока.
Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?
2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

Задача 6.1.
Больная 52 лет, поступила с жалобами на сильные боли, опоясывающего характера в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, сухость во рту, резкую слабость. Боли появились накануне вечером после приема обильной, жирной пищи. Давность заболевания 12 часов.
При поступлении состояние больной средней тяжести. Рост 162 см, вес 86кг., температура тела -36,7С. Пульс 110 уд/мин, А/Д 120/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложенсеро-коричневым налетом. Живот умеренно вздут за счет верхних отделов, слабо участвует в акте дыхания. При пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, в правом и левом подреберье. Положительный симптом Керте, Мейо-Робсона. Симптомов раздражения брюшины нет. Диастаза мочи 512 ед. Крови 256 ед.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Лечебные мероприятия

Задача 6.2.
Больной 26 лет поступил на 4-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больного острый аппендицит. Однако в правой подвздошной области отчетливо определяется плотное, неподвижное образование размером 10х12 см, прилегающее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Тактика ведения пациента

Задача 6.3.

Больная 65 лет, находится в терапевтическом отделении по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии покоя.
6 часов назад у больной внезапно появились боли в левом подреберье, в левой половине грудной клетки, отдающие в левое плечо, тошнота, сухость во рту, слабость.
Состояние на момент осмотра средней тяжести. Кожа бледная, акроцианоз, пульс-88 в мин., аритмичный. А/Д 110/90 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны глухие, единичные экстрасистолы, шумов нет. Язык влажный, обложен у корня серым налетом. Живот умеренно вздут за счет верхних отделов, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, в левом подреберье, симптомов раздражения брюшины нет. Кишечные шумы вялые, газы отходят с трудом.
Лейкоцитоз 12 тыс., в лейкоформуле имеется палочкоядерный сдвиг до 7 %. На ЭКГ выявлена ишемия задней стенки левого желудочка. Диастаза мочи 256 ед.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз

Задача 6.4.
Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II, А степени. Приступы холецистита у больной бывают 3−4 раза в год.
Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. При поступлении состояние средней тяжести, определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера, френикус-симптом.
УЗИ при поступлении — желчный пузырь 146×72 мм, стенка желчного пузыря 8 мм, в области шейки желчного пузыря фиксированный конкремент 41×32 мм, холедох 6 мм. Начата консервативная терапия. При динамическом УЗИ спустя сутки ультразвуковая семиотика прежняя.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Принципы консервативной терапии
3. Лечебная тактика

Задача 6.5.
Больной, 35 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области.
В анамнезе язвенная болезнь желудка, по поводу чего проводилась консервативная терапия. В приемном отделении у больного возникла обильная рвота алой кровью, появились жалобы на головокружение, общую слабость, ощущение нехватки воздуха.
Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, над верхушкой сердца выслушивается систолический шум. АД – 100 и 60 мм рт. ст., пульс – 110 уд. в 1 мин. Живот болезненный в эпигастральной области.
Гемоглобин – 81 г\л, гематокрит – 0,28, эритроциты – $2{,}6 \times 10^9$. В условиях операционной выполнено экстренное эндоскопическое исследование. В желудке большое количество свежей крови.
Вопросы:

3. Предварительный диагноз
4. Лечебные мероприятия

Задача 6.6.
Больной 46 лет поступил в клинику с диагнозом цирроз печени.
Состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота “ кофейной гущей”.
Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения.
АД 90/50. Гемоглобин 86 г/л.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Методы обследования
3. Тактика лечения

Задача 6.7.
Больная Н., 51 года. Жалобы на тяжесть, периодические приступообразные боли в правом подреберье, возникающие после приема жирной пищи, горечь во рту, тошноту, изредко - рвоту.
Считает себя больной в течение 3 лет.
Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Дыхание в легких везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Сердечные тоны ритмичные с числом 64 в минуту. АД 130/80 мм. рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом, больше у корня. Живот мягкий, болезненный при пальпации в точке Роже, симптомы Кера и Ортнера положительные.
Общий анализ крови: эритроциты – $4{,}2x10^{12}$/л, Hb– 140 г/л, СОЭ – 19 мм/ч, лейкоциты– $8{,}6x10^{9}$/л, п/янейтрофилы – 2%, с/я нейтрофилы – 56%, эозинофилы – 2%, моноциты – 3%, лимфоциты – 37%. БАК: билирубин общий – 17,3 мкмоль/л, АЛТ – 29 ЕД/л, АСТ – 30 ЕД/л. УЗИ: желчный пузырь – 8,8х3,2 мм, толщина стенки – 5 мм. В просвете желчного пузыря два камня диаметром 20 мм.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Программа обследования
3. Группы препаратов, используемые при лечении

Задача 6.8.
Больная Е. 34 года поступила на 5 день болезни, без сознания. На болевые раздражители не реагирует. Корнеальные рефлексы сохранены. Выраженная желтуха. Печеночный запах изо рта. Печень перкуторно выше реберной дуги. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад больной произвели медицинский аборт, по показаниям – переливание крови.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз
3. Лечебные мероприятия

Задача 6.9.
Больной, 40 лет, поступил с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе и рвоту.
Заболел накануне, появились боли в животе, которые постепенно усиливались и стали нетерпимыми. Три раза была рвота, газы не отходят. Стул был за сутки до заболевания.
При осмотре живот умеренно вздут, слегка напряжен, болезнен при пальпации во всех отделах. Симптом Блюмберга отрицателен, но определяется «шум плеска» при сотрясении брюшной стенки. Перистальтика звучная, редкая, слышна на расстоянии. Язык сухой, пульс 104 в минуту, лейкоцитоз $5{,}3x10^{9}$/л, температура 36,8°С
Вопросы:

1. Предварительный диагноз

2. План обследования пациента
3. Дифференциальный диагноз

Задача 6.10.
Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят.
При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя спокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ними не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено.
Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. Тактика лечения

Задача № 7.1
Мужчина 57 лет, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на изжогу за грудиной, сухой частый кашель, кислую отрыжку. Данные симптомы беспокоят в течение 15 лет. Для купирования симптомов периодически принимает альмагель, раствор соды, фамотидин с положительным эффектом. Неоднократно обращался к терапевту, при выполнении ФГДС отмечались единичные эрозии дистального отдела пищевода. Вредные привычки отрицает. Из хронических заболеваний сахарный диабет II типа, гипертоническая болезнь II стадии неконтролируемое течение. Явное ухудшение отметил последние 3 месяца, когда симптомы стали ежедневными и интенсивными. Обратился к гастроэнтерологу. При обследовании: по данным ФГДС выявлены множественные циркулярно расположенные эрозии в нижней трети пищевода с очаговой метаплазией, неоплазия? наличие большого количества желчи и слизи в желудке.
Объективно: Температура тела 36, 5 С. ИМТ = 35.7 кг/м2. кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 102 уд/мин., АД – 150/85 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Задача № 7.2
Мужчина 69 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на отсутствие аппетита, снижение веса на 6 кг за 2 месяца, ноющие боли в верхнем отделе живота. Считает себя больным в течение 1.5 лет, когда впервые отметил снижение аппетита и появление дискомфорта в эпигастральной области. Обратился к терапевту за медицинской помощью. В клиническом анализе крови повышение СОЭ до 55 мм/час. В биохимическом анализе крови без отклонений. По данным ФГДС обнаружен язвенный дефект 1х1.5 см в теле желудка. Биопсия не взята. Терапевтом рекомендовано выполнение С13 дыхательного уреазного теста (отрицательный). Назначен эзомепразол, альмагель с незначительным положительным ответом. Явное ухудшение отметил последние 2 месяца, когда отметил вышеописанные жалобы. При повторном визите к терапевту выполнено ФГДС, по результатам которого отмечается единичный язвенный дефект тела желудка 1.5х2 см. Биопсия не взята. С

результатами ФГДС направлен к гастроэнтерологу. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 23.7 кг/м2. кожные покровы и видимые слизистые бледно-серого оттенка. Пульс 98 уд/мин., АД – 120/85 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Задача № 7.3
Мужчина 38 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на ноющие боли в верхнем отделе живота, тошноту, тяжесть после приема пищи. Считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые отметил вышеописанные жалобы. Обратилась к терапевту за медицинской помощью. Лабораторно без изменений. По данным ФГДС обнаружено полиповидное образование на большой кривизне желудка 1х1.5 см. Выполнена тотальная биопсия. По данным морфологического исследования подозрение на В-клеточную лимфому маргинальной зоны. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 24.7 кг/м2. кожные покровы и видимые слизистые нормального оттенка. Пульс 70 уд/мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Задача № 7.4
Больной, 76 лет, 3 часа назад внезапно отметил острые боли в нижних отделах живота, холодный пот, тошноту. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет он страдает запорами, иногда в кале бывает темная кровь и слизь. В последние полгода увеличилась продолжительность запоров, больной стал периодически ощущать вздутие живота. В течение последних 4 дней стула не было, перестали отходить газы. При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс - 96 уд/мин. При перкуссии живота - тимпанит, живот умеренно вздут, значительно болезненный и напряжен в нижних отделах, больше слева, там же — положительные симптомы раздражения брюшины. Какой предположительный диагноз?

Задача № 7.5
Мужчина 56 лет обратился к участковому врачу с жалобами на тупые боли в эпигастральной области, общую слабость.
Болен в течение нескольких месяцев, симптомы развивались постепенно, снизился аппетит, появилось отвращение к мясной и молочной пище, похудел на 6 кг.
Ранее практически не болел, алкоголем не злоупотребляет. Курит с 15 лет по 1-1,5 пачки сигарет в день.
Объективно: Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. PS 88 в 1 мин., ритмичный. АД 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены равномерно, шумы не выслушиваются. Дыхание жесткое, хрипов нет. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 5 см выступает из-под реберной дуги, плотная, бугристая, безболезненная.
Какой предположительный диагноз?

Задача № 7.6

Больной Е., 65 лет, обратился в клинику с жалобами на нарастающую слабость, понижение аппетита, похудание, боли в правом подреберье.
Ухудшение самочувствия отмечает в течение 5-и месяцев.
Объективно: температура 36,6^{0}С. Общее состояние средней тяжести. Желтовато-серый цвет лица, тургор кожи понижен. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен бело-серым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 4 см выступает из-под реберной дуги, плотная, бугристая, безболезненная.

Задача № 7.7
Больной А., инженер, 55 лет, жалуется на слабость, одышку, головокружение при ходьбе, периодически мазевидный стул черного цвета, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудел на 5кг за 3 месяца, субфебрильную температуру тела в течение дня, без озноба.
Считает себя больным около 3 месяцев, когда впервые появились слабость, недомогание, периодически черный стул. За медицинской помощью не обращался, принимал поливитамины, лекарственные сборы трав. Постепенно присоединились головокружение и одышка при ходьбе. Месяц назад присоединилась субфебрильная температура тела. Обратился к участковому терапевту, для обследования и лечения направлен в терапевтическое отделение городской больницы.
Профессиональный анамнез: инженер.
Питается нерегулярно, диету не соблюдает.
Вредные привычки отрицает.
Наследственность не отягощена.
Аллергологический анамнез не отягощен.
Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, нормальной влажности, чистые, тургор и эластичность снижены. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. ИМТ 17 кг/м 2. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 22 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 98 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомыотрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Грыжевидные выпячивания не определяются. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, безболезненные, не урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется область пальпации безболезненная. Методом аускульто-аффрикции нижняя граница желудка на 2см выше пупка. При глубокой пальпации определяется безболезненное уплотнение в проекции большой кривизны желудка. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 х 8 х 7см, пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненная, размеры по Курлову 6 х 4см. поджелудочная железа не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Задача № 7.8
Больной, 86 лет, с жалобами на боли в нижних отделах живота, тошноту. Из анамнеза известно, что в течение 2 лет он страдает запорами, иногда в кале отмечает появление крови и слизи. Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, при глубокой пальпации в области слепой кишки пальпируется образование диаметром до 6 см.Какой предположительный диагноз?

Практические навыки:

1. Способность оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы основных гастроэнтерологических заболеваний (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
2. Навыки планировать объем необходимых обследований для диагностики болезней органов пищеварительной системы (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6).
3. Оформлять медицинскую документацию. (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10).
4. Совместно с врачом-гастроэнтерологом обследование и ведение больных (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
5. Осуществление диспансерного наблюдения пациентов с гастроэнтерологической патологией (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
6. Оценивать тяжесть состояния больного на основе клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, выделять и анализировать ведущие синдромы при патологии органов пищеварительной системы (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
7. Знать патогенез основных гастроэнтерологических заболеваний, особенности их течения в различном возрасте (УК-1, ПК-5, ПК-6).
8. Применять на основе научно доказанных методов терапевтический комплекс для лечения заболеваний пищеварительной системы (УК-1, ПК-6, ПК-8).
9. Проводить дифференциальную диагностику гастроэнтерологических заболеваний (УК-1, ПК-5).
10. Умение назначать и выписывать рецепты на препараты заместительной терапии гормонами, в том числе по федеральным и региональным льготам (УК-1, ПК-6).
11. Овладеть навыками реабилитации гастроэнтерологических больных (УК-1, ПК-8).
12. Проводить просветительную работу о ведении здорового образа жизни (УК-1, ПК-2).

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 3

Контрольные вопросы для собеседования:

1. Принципы обследования и ведения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями в амбулаторных условиях (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
2. Возможности инструментального обследования гастроэнтерологических пациентов в амбулаторной практике (УК-1, ПК-5, ПК-6).
3. Возможности лабораторного обследования гастроэнтерологических пациентов в амбулаторной практике (УК-1, ПК-5, ПК-6).
4. Критерии отбора пациентов с гастроэнтерологической патологии для госпитализации (УК-1, ПК-5, ПК-6).
5. Диспансеризация гастроэнтерологических пациентов в амбулаторных условиях (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6).
6. Оценка качества оказания гастроэнтерологической помощи в амбулаторных условиях (УК-1, ПК-11).
7. Статистическая отчетность амбулаторно-поликлинического учреждения в части ведения гастроэнтерологических пациентов (УК-1, ПК-2, ПК-6, ПК-11).

8. Противоэпидемические мероприятия в амбулаторно-поликлиническом учреждении (УК-1, ПК-3).
9. Дифференциальная диагностика гастроэнтерологической и инфекционной патологии, поражающей органы пищеварительной системы (УК-1, ПК-3, ПК-5).
10. Принципы функционирования гастроэнтерологического отделения амбулаторно-поликлинического учреждения (УК-1, ПК-2, ПК-10, ПК-11).

Практические навыки:

1. Способность оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы основных гастроэнтерологических заболеваний в амбулаторной практике (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
2. Навыки планировать объем необходимых обследований для диагностики болезней органов пищеварительной системы (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6).
3. Оформлять медицинскую документацию. (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10).
4. Совместно с врачом-гастроэнтерологом обследование и ведение больных (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
5. Осуществление диспансерного наблюдения пациентов с гастроэнтерологической патологией (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
6. Оценивать тяжесть состояния больного на основе клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, выделять и анализировать ведущие синдромы при патологии органов пищеварительной системы (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
7. Знать патогенез основных гастроэнтерологических заболеваний, особенности их течения в различном возрасте (УК-1, ПК-5, ПК-6).
8. Применять на основе научно доказанных методов терапевтический комплекс для лечения заболеваний пищеварительной системы (УК-1, ПК-6, ПК-8).
9. Проводить дифференциальную диагностику гастроэнтерологических заболеваний (УК-1, ПК-5).
10. Умение назначать и выписывать рецепты на препараты заместительной терапии гормонами, в том числе по федеральным и региональным льготам (УК-1, ПК-6).
11. Овладеть навыками реабилитации гастроэнтерологических больных (УК-1, ПК-8).
12. Проводить просветительную работу о ведении здорового образа жизни (УК-1, ПК-2).

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 4

Контрольные вопросы для собеседования:

1. Принципы обследования и ведения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями и сопутствующей соматической патологией в амбулаторной клинической практике (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
2. Принципы обследования и ведения пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями и сопутствующей соматической патологией в стационарной клинической практике (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
3. Особенности профилактики гастроэнтерологических заболеваний при сопутствующей патологии
4. Особенности реабилитации пациентов с гастроэнтерологическими заболеваниями на фоне сопутствующей патологии
5. Особенности алгоритма обследования и ведения гастроэнтерологических пациентов с сопутствующими сердечно-сосудистыми заболеваниями (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6,

ПК-8, ПК-9).

6. Особенности алгоритма обследования и ведения гастроэнтерологических пациентов с сопутствующими заболеваниями дыхательной системы (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
7. Особенности алгоритма обследования и ведения гастроэнтерологических пациентов с сопутствующими заболеваниями мочевыделительной системы (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
8. Особенности алгоритма обследования и ведения гастроэнтерологических пациентов с сопутствующими системными заболеваниями (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
9. Особенности алгоритма обследования и ведения гастроэнтерологических пациентов с сопутствующими эндокринными заболеваниями (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
10. Особенности алгоритма обследования и ведения гастроэнтерологических пациентов с сопутствующей аллергической патологией (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
11. Особенности алгоритма обследования и ведения гастроэнтерологических пациентов с ВИЧ и СПИД (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
12. Особенности алгоритма обследования и ведения гастроэнтерологических пациентов с туберкулезом (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).

Практические навыки:

1. Способность оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы основных гастроэнтерологических заболеваний в амбулаторной практике (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
2. Навыки планировать объем необходимых обследований для диагностики болезней органов пищеварительной системы (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6).
3. Оформлять медицинскую документацию. (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10).
4. Совместно с врачом-гастроэнтерологом обследование и ведение больных (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
5. Осуществление диспансерного наблюдения пациентов с гастроэнтерологической патологией (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
6. Оценивать тяжесть состояния больного на основе клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, выделять и анализировать ведущие синдромы при патологии органов пищеварительной системы (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
7. Знать патогенез основных гастроэнтерологических заболеваний, особенности их течения в различном возрасте (УК-1, ПК-5, ПК-6).
8. Применять на основе научно доказанных методов терапевтический комплекс для лечения заболеваний пищеварительной системы (УК-1, ПК-6, ПК-8).
9. Проводить дифференциальную диагностику гастроэнтерологических заболеваний (УК-1, ПК-5).
10. Умение назначать и выписывать рецепты на препараты заместительной терапии гормонами, в том числе по федеральным и региональным льготам (УК-1, ПК-6).
11. Овладеть навыками реабилитации гастроэнтерологических больных (УК-1, ПК-8).
12. Проводить просветительную работу о ведении здорового образа жизни (УК-1, ПК-2).

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

«Производственная (клиническая) практика (базовая часть)»

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

Индивидуальное задание

_____

(Ф.И.О. ординатора)

по специальности_____

для прохождения практики «Производственная (клиническая) практика (базовая часть)»

№ 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.

Рабочий график (план)

_____

(Ф.И.О ординатора)

по специальности _____

для прохождения производственной (клинической) практики (базовая часть) в период

с «_____»_____20_____г. по «_____»_____20 г.

_____

_____

наименование лечебного учреждения (профильная организация)

СОГЛАСОВАНО

«_____»_____20___г.

_____

(подпись руководителя практики

от профильной организации)

Дата	Место прохождения практики	Объем выполненной работы	Оценка и замечания о выполнении задания ФИО и подпись руководителя практики профильной организации

Обучающийся _____ _____

подпись Ф.И.О.

«_____»_____20___г.

Примечание: Рабочий график (план) с визой согласования и объем выполненной работы (таблица) заполняется отдельно для каждой профильной организации.

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	ПК-1	ПК-2	ПК-3	ПК-4	ПК-5	ПК-6	ПК-7	ПК-8	ПК-9	ПК-10	ПК-11	ПК-12		
1.																		
2.																		
3.																		
4.																		
5.																		
6.																		
7.																		
8.																		
9.																		
10.																		
11.																		
12.																		
13.																		
14.																		
15.																		
16.																		
17.																		

Характеристика ординатора
по производственной (клинической) практике (базовая часть)

(Ф.И.О. обучающегося)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Руководитель практики
от Института (организации) _____ _____
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)

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

для производственной практики
«Производственная (клиническая) практика»

ординатура по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы для типа производственной практики «Производственная клиническая практика» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой «27» ноября 2023 г., протокол № 11.

1. 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 письмо-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 се 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, соотнесенных 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 па 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 но 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 отчёт 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 но 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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По практике	**ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС** (наименование практики)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.28 Гастроэнтерология** (код специальности и наименование)
Факультет	**Лечебный факультет** (наименование факультета)
Кафедра	**Аккредитационно-симуляционный центр, Кафедра пропедевтики внутренних болезней с клиникой** (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.)**

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа практики «Обучающий симуляционный курс» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Рипп Евгений Германович	к.м.н., доцент	Зав. Акредитационно-симуляционным центром	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Фоминых Юлия Александровна	д.м.н., доцент	Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3	Иванов Сергей Витальевич	к.м.н.	Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
4	Добренко Виталий Антонович	к.м.н.	Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа практики «Обучающий симуляционный курс» рассмотрена и обсуждена на заседании Акредитационно-симуляционного центра и на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой от «27» ноября 2023 г., протокол № 11.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «23» ноября 2023 г., протокол №13/2023.

Пояснительная записка к рабочей программе практики

Рабочая программа практики разработана в соответствии с Федеральным государственным образовательным стандартом высшего образования по специальности ординатуры 31.08.28 Гастроэнтерология и с учётом профессионального стандарта и трудовыми функциями, сферами и видами будущей профессиональной деятельности врача-гастроэнтеролога (профессиональный стандарт "Врач-гастроэнтеролог", утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н).

1. ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ОБУЧАЮЩЕГО СИМУЛЯЦИОННОГО КУРСА

Цель изучения:

Целью изучения практики «Обучающий симуляционный курс» является подготовка высококвалифицированного врача-гастроэнтеролога, 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:

1. Формирование готовности к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и управление командой в критической ситуации (CRM);
2. Формирование умений оказывать медицинскую помощь пациентам в экстренной и неотложной формах;
3. Освоение и способность применения алгоритма осмотра пациента в критическом состоянии (ABCDE);
4. Приобретение навыков проводить базовую сердечно-легочную реанимацию при внезапной остановке кровообращения;
5. Освоение и способность применить алгоритм расширенных реанимационных мероприятий в зависимости от регистрируемого сердечного ритма;
6. Освоение и способность применить методы восстановления и поддержания проходимости дыхательных путей и искусственной вентиляции легких;
7. Освоение и способность применить алгоритмы диагностики и лечения шоков.
8. Умение оценить и интерпретировать данные лабораторных и инструментальных исследований.
9. Умение оценить и интерпретировать данные физикального обследования органов пищеварительной системы и других систем организма.

2. МЕСТО ПРАКТИКИ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Обучающий симуляционный курс» относится к обязательной части Блока 2. «Практики» учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Для изучения данной учебной практики необходимы знания, умения и навыки, формируемые предшествующими дисциплинами: фундаментальными — «Анатомия человека», «Нормальная физиология», «Патологическая анатомия»; клиническими — «Терапия», «Хирургия», «Лучевая диагностика и лучевая терапия» (дисциплинами основной профессиональной образовательной программы высшего образования по специальности 31.05.01 Лечебное дело).

ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

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

Универсальные компетенции УК-1.

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - методы системного анализа и синтеза Умеет: - находить, анализировать и прогнозировать причинно-следственные связи предметов и процессов Владеть: навыками сбора, обработки и передачи информации	Для текущего контроля: ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ, КВ

***Оценочные средства:** ТЗ-тестовые задания*

Профессиональные компетенции– ПК-5, ПК-7, ПК-12

Код и наименование профессиональной компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценки и оценочное средство
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней (МКБ) и проблем, связанных со здоровьем	**Знает:** - правила диагностики заболеваний у пациентов различных профилей, определения у пациентов патологических состояний, заболеваний **Умеет:** - грамотно собрать анамнестические данные, назначить необходимые диагностические манипуляции Владеет: - методами диагностики патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний,	Для текущего контроля: АУ, ТЗ, КВ Для промежуточной аттестации: АУ
ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	**Знает:** - порядок оказания различных видов медицинской помощи пораженным в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; - способы и средства защиты пациентов, медицинского персонала и имущества медицинских организаций в чрезвычайных ситуациях; **Умеет:** - выполнять свои функциональные обязанности при работе в составе формирований и учреждений службы медицины катастроф; - использовать медицинские средства защиты; Проводить диагностику неотложных состояний **Владеть:** Порядок проведениям лечебно-эвакуационных, санитарногигиенических и противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; - методами 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	Для текущего контроля: КВ, АУ, ТЗ Для промежуточной аттестации: АУ
ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	**Знать:** - правила поведения при возникновении чрезвычайных ситуаций, а также основных принципов медицинской эвакуации; **Уметь:** оказать помощь пострадавшим в чрезвычайных	Для текущего контроля: АУ, ТЗ Для промежуточной аттестации: АУ

	ситуациях, организовать медицинскую эвакуацию по необходимым этапам **Владеть:** методами оказания помощи при возникновении различных чрезвычайных ситуаций, подходами к поэтапной эвакуации с оказанием необходимой медицинской помощи	

***Оценочные средства:** КВ- контрольные вопросы, АУ-алгоритмы умений*

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

3.1. 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	**часы**	**108**	108
	зач. ед.	**3**	3
Из них на практическую подготовку		**84**	84

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*

3.2. 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	78%
Курс 2. Промежуточная аттестация №4		
Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь	36	78%
Курс 2. Промежуточная аттестация №4		
Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки	36	78%
ИТОГО	**108**	84

3.3. Тематический план занятий семинарского типа – практические занятия

№ темы	Форма проведения занятия семинарского типа*	Наименование темы занятия	Часы	из них на ПП ** в %	Краткое содержание занятия	Перечень 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	Общемедицинские диагностические и лечебные манипуляции	6	78%	Общемедицинские 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.	ПК-7	АУ
Тема 2.	Практическое занятие	Алгоритм осмотра пациента в критическом состоянии (ABCDE). Организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях и управление командой в критической ситуации (CRM). Структурированная коммуникационная модель (SBAR).	6	78%	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, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.	УК – 1 ПК – 7 ПК - 5 ПК-12	АУ
Тема 3.	Практическое	Экстренная	6	78%	Обеспечение безопасности, оценка уровня сознания, дыхания,	УК - 1	АУ

	занятие	медицинская помощь при внезапной смерти – расширенная СЛР (ALS)			кровообращения. Алгоритм принятия решения. Базовая СЛР (BLS) у пациентов разных возрастных групп. Комплекс расширенных реанимационных мероприятий (ALS). 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, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.	ПК – 7	
Тема 4.	Практическое занятие	Диагностика и экстренная медицинская помощь при шоке	6	78%	Алгоритмы диагностики и лечения шоков. Работа с мониторами витальных функций. Оценка и интерпретация данных физикальных, лабораторных и инструментальных исследований. 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, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.	УК - 1 ПК -5 ПК – 7	АУ
Тема 5.	Практическое занятие	Диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы	6	78%	Диагностика, мониторинг и терапия заболеваний сердечно-сосудистой системы. Оценка и интерпретация данных физикальных и инструментальных исследований. 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, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.	УК - 1 ПК – 5 ПК – 7	АУ
Тема 6.	Практическое занятие	Итоговая аттестация	6	78%	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	УК - 1 ПК – 5 ПК – 7 ПК -12	Зачет ТЗ, АУ

					имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде.		
Всего за раздел 1			**36**	**28**			
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	78%	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.	УК - 1 ПК – 7	АУ
Тема 2.	Практическое занятие	Диагностика и лечение неотложных состояний при заболеваниях дыхательной системы	6	78%	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 медицинского оборудования, для имитации клинических ситуаций, отработки навыков диагностики, принятия клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде	УК - 1 ПК – 7	АУ
Тема 3.	Практическое занятие	Диагностика и лечение шока	6	78%	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	УК - 1 ПК – 5 ПК – 7	АУ
Тема 4.	Практическое занятие	Диагностика и лечение неотложных состояний при заболеваниях сердечно-сосудистой	6	78%	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	УК - 1 ПК – 5 ПК – 7	АУ

		системы.			клинических решений и лечения, в том числе, навыков работы в команде		
Тема 5.	Практическое занятие	ОСКЭ	6	78%	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 ПК – 5 ПК – 7	Зачет ТЗ, АУ
Всего за раздел 3			**36**	**28**			
Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки							
Тема 1.	Практическое занятие	Алгоритм расспроса пациента с заболеванием пищеварительной системы, общий осмотр	9	78%	Отработка алгоритма оценки жалоб пациента, данных анамнеза заболевания и анамнеза жизни при остром и хроническом гастроэнтерологическом заболевании. Алгоритм общего осмотра пациента с гастроэнтерологическим заболеванием.	УК-1 ПК-5	КВ
Тема 2.	Практическое занятие	Объективное обследование органов сердечно-сосудистой системы	9	78%	Осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация органов сердечно-сосудистой системы у пациента с гастроэнтерологическим заболеванием	УК-1 ПК-5	КВ
Тема 3.	Практическое занятие	Объективное обследование органов дыхательной и мочевыделительной систем	9	78%	Осмотр, пальпация, перкуссия, аускультация органов дыхательной и мочевыделительной систем у пациента с гастроэнтерологическим заболеванием	УК-1 ПК-5	КВ
Тема 4.	Практическое занятие	Объективное обследование органов пищеварительной системы	9	78%	Осмотр, пальпация, перкуссия органов пищеварительной системы у пациента с гастроэнтерологическим заболеванием	УК-1 ПК-5	КВ, АУ
Всего за раздел 3			**36**	28			
ИТОГО			**108**	84			

***Оценочные средства:** АУ-алгоритмы умений, ТЗ - тестовые задания*

Образовательные технологии, используемые при изучении практики:

1. Технологии модульного обучения
2. Технологии активного обучения (инновационные)

4. ОРГАНИЗАЦИЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ И ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

4.1. Распределение количества оценочных средств по разделам для текущего контроля:

Формы контроля	Название раздела практики	Общее количество оценочных средств		
		ТЗ	**КВ**	**АУ**
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	-	7	40
ИТОГО		**332**	**7**	**64**

ТЗ – тестовые задания, АУ - алгоритмы умений (- чек листы; оценка анализа ликвора)*

4.2. 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	ТЗ, АУ, КВ
ПК-5	ТЗ, АУ, КВ
ПК-7	ТЗ, АУ

ТЗ – тестовые задания, АУ-алгоритмы умений

4.3. Организация промежуточной аттестации

Форма промежуточной аттестации по дисциплине – 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
	Демонстрация практических навыков	АУ	ПК – 7, ПК – 5, ПК-12
Промежуточная аттестация № 2. Раздел 2.	Тестовые задания	ТЗ	УК-1
	Демонстрация практических навыков	АУ	ПК – 7, ПК – 5, ПК-12
Промежуточная аттестация № 2. Раздел 3.	Собеседование	КВ	УК-1, ПК-5
	Демонстрация практических навыков	АУ	ПК-5

4.4. Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство*	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции
ТЗ	**1.** Метод графической регистрации биоэлектрической активности сердца a) Электрокардиография b) Эхокардиография c) Фонокардиография	УК-1
ТЗ	**2.** Правильная последовательность записи отведений a) Стандартные, усиленные от конечностей, грудные b) Стандартные, грудные, усиленные от конечностей c) Усиленные от конечностей, стандартные, грудные	УК-1
ТЗ	**3.** Объем дыхательного мешка Амбу для новорожденных a) 289 мл b) 600 мл c) 100 мл	УК-1
ТЗ	**4.** С целью улучшения реологических свойств крови пациентов с ожоговым шоком целесообразно применение a) нефракционированного гепарина b) варфарина c) клопидогрела d) аспирина	УК-1
ТЗ	**5.** Введение салбутамола при анафилактическом шоке показано a) больным с бронхоспазмом, после стабилизации АД b) больным с одышкой c) всем больным d) больным с загрудинными болями, после стабилизации АД	УК-1
КВ	1. Какие вопросы необходимо задать пациенту при сборе жалоб у пациента с заболеванием пищеварительной системы 2. Порядок сбора анамнеза заболевания у пациента с заболеванием пищеварительной системы 3. Порядок сбора анамнеза жизни у пациента с заболеванием пищеварительной системы 4. Порядок и интерпретация результатов аускультации легких у пациента с заболеванием пищеварительной системы	УК-1, ПК-5
АУ	**ЧЕК-лист №25. Физикальное обследование органов пищеварительной системы у пациента с гастроэнтерологическим заболеванием** 1. Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль), начал общение с пациентом: попросил пациента представиться, назвать возраст, сверяя с медицинской документацией. 2. Предложил пациенту лечь на кушетку. 3. Осведомился о самочувствии пациента, обратившись по имени и отчеству. 4. Получил добровольное информированное согласие пациента (прочитал информированное согласие, рассказал о предстоящей манипуляции, уточнил наличие вопросов). 5. Задал все необходимые вопросы (когда ел, когда последний раз ходил в туалет, есть ли боли в животе). 6. Заранее подготовил весь необходимый инструментарий (стетофонендоскоп, спиртовые салфетки, контейнеры для сбора отходов класса А и Б). 7. Обработал руки гигиеническим способом. 8. Сел на стул рядом с пациентом (правым боком к пациенту) и попросил оголить живот 9. Сказал, что осматривает живот	ПК-5

	10. Сказал, что оценивает ладони и пальцы рук (верно объяснив, как необходимо показать ладони) 11. Сказал, что пациенту необходимо опустить нижнее веко, продемонстрировав на себе, как это сделать (для осмотра слизистой оболочки) 12. Попросил пациента открыть рот и достать кончиком языка до неба (для осмотра слизистой оболочки) 13. Согрел руки перед пальпацией 14. Пропальпировал брюшную стенку в левой подвздошной области и оценил напряжение мышц и болезненность (плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах, смотря на реакцию пациента, с погружением пальцев в брюшную стенку на глубину не более 1 см) 15. Пропальпировал брюшную стенку в правой подвздошной области и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом) 16. Пропальпировал брюшную стенку в области левого фланка живота и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом) 17. Пропальпировал брюшную стенку в области правого фланка живота и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом) 18. Пропальпировал брюшную стенку в области левого подреберья и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом) 19. Пропальпировал брюшную стенку в области правого подреберья и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом) 20. Пропальпировал брюшную стенку в эпигастральной области и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом) 21. Пропальпировал брюшную стенку в пупочной области и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом) 22. Пропальпировал брюшную стенку в надлобковой области и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом) 23. Верно оценил состояние апоневроза (кончики согнутых пальцев вдоль белой линии живота, пропальпировал линию на всем протяжении; попросил пациента поднять голову и снова пропальпировал линию на всем протяжении) 24. Верно оценил состояние пупочного кольца (указательный палец установил в пупочном кольце; пациент поднимает голову) 25. Оценил наличие симптома флюктуации (попросил пациента расположить ребро ладони вдоль средней линии живота; одна ладонь врача плотно прилегает к боковому фланку живота пациента, другая выполняет резкие толчкообразные движения ладонной поверхностью пальцев) 26. Верно выполнил пальпацию сигмовидной кишки (смещая складку кожи к пупку на 1-2 см; погружая дистальные фаланги в направлении задней стенки живота на глубину более 1 см; пальпация на выдохе пациента) 27. Верно выполнил пальпацию слепой кишки (аналогичным образом) 28. Верно определил нижнюю границу желудка (головку стетофонендоскопа установил в эпигастральной области; совершил касательные, штриховые движения от мечевидного отростка в сторону пупка) 29. Верно выполнил пальпацию поперечной ободочной кишки (ладони на 2-3 см выше найденной границы, по краям от прямых мышц живота; смещая кожную складку к пупку на 1-2 см, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см на выдохе пациента) 30. Верно выполнил пальпацию восходящей ободочной кишки	

	(ладонь субдоминантной руки плотно прилегает к пояснице пациента; сместив складку кожи к пупку, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см навстречу субдоминантной руке, на выдохе пациента) 31. Верно выполнил пальпацию нисходящей ободочной кишки (ладонь субдоминантной руки плотно прилегает к пояснице пациента; сместив складку кожи к пупку, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см навстречу субдоминантной руке, на выдохе пациента) 32. Верно определил нижнюю границу печени (выполнил перкуссию по среднеключичной линии из правой подвздошной области до притупления звука) 33. Верно выполнил пальпацию печени (пациент скрестил руки на груди; субдоминантная рука фиксирует реберную дугу пациента; сомкнутые пальцы доминантной руки на одной линии, на 2 см ниже найденной границы; складка кожи на 1-2 см к пупку; на выдохе пациента погрузил пальцы под реберную дугу и попросил пациента вдохнуть животом) 34. Верно выполнил перкуссию селезенки 35. Верно выполнил пальпацию селезенки (в положении пациента на спине, методика аналогична пальпации печени) 36. Верно выполнил пальпацию брюшной аорты (ладони продольно прямым мышцам живота, пропальпировал, передвигая их от периферии к центру) 37. Верно выполнил аускультацию брюшной аорты (головка стетофонендоскопа на 2-3 см выше пупка по белой линии живота, плотно прижимая головку стетоскопа, выполнил аускультацию с двух сторон от белой линии живота во время задержки дыхания пациентом по 15 секунд с каждой стороны) 38. Справился о самочувствии пациента 39. Обработал руки гигиеническим способом 40. Верно заполнил заключение	

***Оценочные средства:** ТЗ-тестовые задания, АУ-алгоритмы умений (чек-листы),*

Оценочные средства для проведения промежуточной аттестации обучающихся по практике представлены в *Приложение 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.

5.1. 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 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)
КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (https://cyberleninka.ru)
Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

5.2. 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. Маев, И. В. Тактика врача-гастроэнтеролога: практическое руководство / под ред. И. В. Маева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 312 с. (Серия "Тактика врача"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457603.html
6. Успенский Ю.П., Барышникова Н.В., Иванов С.В. Неотложные заболевания пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки // учебное пособие. - СПб: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022. – 39с. - Текст: непосредственный.

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. Давыдкин, И. Л. Поликлиническая терапия: учебник / под ред. Давыдкина И. Л., Щукина Ю. В. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 840 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455456.html
7. Практические рекомендации для терапевтов по избранным вопросам гастроэнтерологии (редакция от 26.10.2020), утвержденные Первым заместителем Председателя Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. - Санкт-Петербург: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2020. – 213 с. – Текст: непосредственный.
8. Мельникова, И. Ю. Детская гастроэнтерология / под ред. Мельниковой И. Ю. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 480 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451755.html. - Текст: электронный.

6. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

6.1. Учебно-методические материалы для обучающихся:

https://moodle.almazovcentre.ru/course/view.php?id=423

6.2. Учебно-методические материалы для преподавателей:

https://moodle.almazovcentre.ru/course/index.php?categoryid=230

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Для осуществления образовательного процесса по практике «Обучающий симуляционный курс» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология 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 практике «Обучающий симуляционный курс» специальные помещения имеют материально-техническое и учебно-методическое обеспечение:

- **аудитории, оборудованные фантомной и симуляционной техникой**, имитирующей медицинские манипуляции и вмешательства, в количестве, позволяющем обучающимся осваивать умения и навыки, предусмотренные профессиональной деятельностью, индивидуально;

- **аудитории, 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 31.08.28 Гастроэнтерология.

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.

Приложение № 1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по практике
«**ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»**

Специальность ординатуры**:**	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-гастроэнтеролог»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП**:**	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по практике **«ОБУЧАЮЩИЙ СИМУЛЯЦИОННЫЙ КУРС»**

1. В результате изучения программы практики «Обучающий симуляционный курс» у обучающегося формируются следующие индикаторы достижения компетенций: **УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-12**

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций и их индикаторов в результате прохождения 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 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - методы 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) КВ (Раздел 3: №1-7)
	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: АУ (Раздел 1: №5) Для промежуточной аттестации: АУ (Раздел 1: № 5) ТЗ (Раздел 1: № 1) (Раздел 2: № 2) КВ (Раздел 3: №1-7)

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
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней (МКБ) и проблем, связанных со здоровьем	**Знает:** - правила диагностики заболеваний у пациентов различных профилей, определения у пациентов патологических состояний, заболеваний	Демонстрация знаний алгоритма диагностики критических состояний пациента, требующих проведения реанимационных мероприятий	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №1-13) (Раздел 2: №14-24) КВ (Раздел 3: №1-7) Для промежуточной аттестации: АУ Раздел 1: №1-13) (Раздел 2: №14-24) КВ (Раздел 3: №1-7)
	Умеет: - грамотно собрать анамнестические данные, назначить необходимые диагностические манипуляции Владеет:	Способность эффективно собрать анамнестические данные, назначить необходимые	Для текущего контроля: АУ (Раздел 1: №1-13) (Раздел 2: №14-24) КВ (Раздел 3: №1-7) Для промежуточной аттестации:

	- методами диагностики патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний	экстренные диагностические манипуляции	АУ Раздел 1: №1-13) (Раздел 2: №14-24) КВ (Раздел 3: №1-7) АУ (Раздел 3: чек-лист№25)
ПК-7 готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	**Знает:** - порядок оказания различных видов медицинской помощи пораженным в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; - способы и средства защиты пациентов, медицинского персонала и имущества медицинских организаций в чрезвычайных ситуациях; **Умеет:** - выполнять свои функциональные обязанности при работе в составе формирований и учреждений службы медицины катастроф; - использовать медицинские средства защиты; Проводить диагностику неотложных состояний Владеть: Порядок проведениям лечебно-эвакуационных, санитарногигиенических и противоэпидемических мероприятий в чрезвычайных ситуациях мирного и военного времени; - методами 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	Демонстрация знаний порядка оказания медицинской помощи, порядка проведения лечебно эвакуационных мероприятий в чрезвычайных ситуациях и оказания первой помощи пострадавшим.	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)
ПК-12 готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	**Знает:** - алгоритм проведения реанимационных мероприятий пациента в критическом состоянии **Умеет:** - 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	Демонстрация знаний алгоритма проведения реанимационных мероприятий пациента в критическом состоянии 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) 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)

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
	Демонстрация практических навыков	АУ	ПК – 7, ПК – 5, ПК-12
Промежуточная аттестация 2. Раздел 2.	Тестовые задания	ТЗ	УК-1
	Демонстрация практических навыков	АУ	ПК – 7, ПК – 5, ПК-12
Промежуточная аттестация 2. Раздел 3.	Собеседование	КВ	УК-1, ПК-5
	Демонстрация практических навыков	АУ	ПК-5

- **Критерии оценивания заданий промежуточной аттестации:**

Выполнение тестовых заданий:

3. менее 70% правильных ответов – «не зачтено»
4. 71-100% правильных ответов – «зачтено»

Выполнение практических навыков:

5. выполнено менее 70% пунктов из чек-листа – «не зачтено»
6. 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	Имеет несистематизированное, фрагментарное представление о подходах к лечению новорожденных детей, находящихся в тяжелом состоянии; Не владеет должным уровнем умений и навыков для оказания неотложной помощи детям (менее 70% пунктов из чек-листа)
Компетенция (часть) сформирована	Имеет необходимый уровень знаний о принципах лечения болезней пациентов с патологией эндокринной системы, что соответствует требованиям к базовому уровню профессионального стандарта; владеет должным уровнем необходимых лечебных и диагностических навыков оказания помощи пациентам с патологией эндокринной системы (более 70% пунктов из чек-листа)

–

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, ПК-7,
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).	УК-1, ПК-5, ПК-7
3	Экстренная медицинская помощь при внезапной смерти – расширенная СЛР (ALS)	УК-1, ПК-7
4	Диагностика и экстренная медицинская помощь при шоке	УК-1, ПК-5, ПК-7
5	Диагностика заболеваний сердечно-сосудистой системы	УК-1, ПК-5, ПК-7

Раздел 2. Экстренная и неотложная медицинская помощь

№	Практические навыки	Проверяемые индикаторы компетенции
1	Жизнеугрожающие нарушения сердечного ритма. Расширенные реанимационные мероприятия в особых условиях.	УК-1, ПК-7
2	Диагностика и лечение неотложных состояний при заболеваниях дыхательной системы	УК-1, ПК-7
3	Диагностика и лечение шока	УК-1, ПК-5, ПК-7
4	Диагностика и лечение неотложных состояний при заболеваниях сердечно-сосудистой системы.	УК-1, ПК-5, ПК-7
5	ОСКЭ	УК-1, ПК-5, ПК-7

Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки

№	Практические навыки	Проверяемые индикаторы компетенции
1	Физикальное обследование органов пищеварительной системы	УК-1, ПК-5

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

АЛГОРИТМЫ УМЕНИЙ

(компетенции: УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-12)

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

1.	Сбор информации (жалобы, амбулаторная карта, история болезни, персонал, другое)
2.	Осмотр ABCDE
3.	9.оценка проходимости дыхательных путей
4.	10. пульсоксиметрия
5.	11. аускультация легких
6.	12. перкуссия
7.	13. ЧДД
8.	14. периферический пульс
9.	15. АД
10.	16. аускультация сердца
11.	17. ЭКГ
12.	18. симптом белого пятна
13.	19. цвет кожных покровов
14.	20. интерпретация ЭКГ
15.	21. оценить неврологический статус
16.	22. 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, K+, Na+, глюкоза), ОАК (лейкоцитоз)
32.	Заказать обзорную рентгенографию ОГК
33.	Заказать ЭхоКГ
34.	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 раздувающейся 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 самораспрaвляющийся 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-Vпальцами 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. Приём 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 *(поздоровался, представился, обозначил свою роль)*
2.	Идентифицировал пациента *(попросил пациента представиться, назвать возраст, сверил с медицинской документацией)*
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
	• *положение рук – в центре грудной клетки*
	• *частота - не менее 100/мин (не более 120/мин)*
	• *глубина - не менее 5 см (не более 6)*
	• *полная декомпрессия грудной клетки*
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	• оценка проходимости дыхательных путей
4	• пульсоксиметрия
5	• аускультация легких
6	• перкуссия
7	• ЧДД
8	• периферический пульс
9	• АД
1	• аускультация сердца
1	• ЭКГ
1	• симптом белого пятна
1	• цвет кожных покровов
1	• интерпретация ЭКГ
1	• оценить неврологический статус
1	• оценить показатели общего состояния
1	Вызвать на помощь специалистов
1	Кислородотерапия (SpO_2 менее 94%)
1	Придание пациенту положения Тренделенбурга

2	Придание горизонтального положения с приподнятым головным концом
2	Катетеризация периферических вен
2	Нитроспрей сублингвально
2	Аспирин 250 мг разжевать
2	Клопидогрел 300 мг per os
2	Гепарин 5000 ЕД в/в болюсно
2	Инфузия гепарина 12-18 Ед/кг/час
2	Морфин 2-4 мг в/в болюсно, как антиангинальная терапия и/или при отеке легких
2	Инфузия нитроглицерина 10 мкг/мин с повышением скорости на 5мкг/мин до купирования боли
2	Инфузия 0,9 % физиологического раствора
3	Заказать определение маркеров повреждения миокарда (КФК,МВ-КФК и тропониновый тест)
3	Заказать анализ свертывающей системы (АЧТВ), биохимический анализ (АЛТ, АСТ, креатинин, K+, Na+, глюкоза), ОАК (лейкоцитоз)
3	Заказать обзорную рентгенографию ОГК
3	Заказать ЭхоКГ
3	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
7	Оформить заключение

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.	A - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	B - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	C - 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.	D - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)

13.	E - 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.	A - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	B - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	C - 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.	D - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	E - 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.	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.	A - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	B - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	C - 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.	D - 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.	A - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	B - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	C - 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.	D - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	E - 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.	D - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	E - 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.	A - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	B - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	C - 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.	D - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	E - 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.	A - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	B - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	C - 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.	D - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	E - 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.	A - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	B - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	C - 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.	D - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	E - 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.	A - Правильно оценил проходимость дыхательных путей
6.	B - Правильно и полно оценил деятельность дыхательной системы (пульсоксиметрия, аускультация, перкуссия, подсчет ЧДД, обследование трахеи и вен шеи)
7.	Обеспечил кислородотерапию по показаниям
8.	C - 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.	D - Правильно и полно оценил неврологический статус (реакция зрачков, оценка уровня глюкозы капиллярной крови с использованием глюкометра, правильная интерпретация результата, оценка тонуса мышц)
13.	E - 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

(УК-1, ПК-5, ПК-7, ПК-12)

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 милливольта 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 Р–Q(R)
		комплекс Q RST
		интервал от конца зубца Т до начала зубца Р
11	На ЭКГ Систолу желудочков отражает	комплекс Q RST
		интервал Р–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 Р–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 выполнять при подозрении на наличие	перелома шейного отдела
		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
		многоразовым
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 A это	оценка проходимости дыхательных путей
		оценка дыхания
		оценка кровообращения и контроль кровотечения
		оценка уровня сознания и неврологического статуса
		внешний осмотр пациента
87	Этап B это	оценка дыхания
		оценка проходимости дыхательных путей
		оценка кровообращения и контроль кровотечения
		оценка уровня сознания и неврологического статуса
		внешний осмотр пациента
88	Этап C 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 Е 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 поднимание 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 грудине, 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	синдром Броун-Секара
		контрактура Вернике-Манна
		синдром Гийена-Барре
		синдром Горнера

	чувствительности на противоположной стороне носит название	
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

УК-1, ПК-5, ПК-7

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
		Субэпикардиальную 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
		четырех 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
		12часов
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 мониторирование 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, брадипное
		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 брадипноэ 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 pO2 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 синдром 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	Многократная неукротимая рвота, неутолимая жажда и анурия характерны для дегидратации	IV степени
		II степени
		V степени
86	Для пероральной регидратации рекомендовано использовать	глюкозо-солевые растворы
		неполиионные растворы
		коллоидные растворы
		дистилированную 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 становиться 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 Коэна
		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	корригирующую 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 Альговера позволяет определить объем кровопотери	в процентах от нормального объема ОЦК
		в миллилитрах
		в литрах
112	Основой лечения гиповолемического шока	восполнение ОЦК

	является	
		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 терлипрессин 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 развиться 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 ведение 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
		глюкокортикостероидые
		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 относя	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 ≥ 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	кристаллоидные растворы

	являются	
		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 деятельности нервных клеток носит название	спинальный шок
		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 тромболизиса 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 Т в отведениях I, aVL, V5-6;
164	Наиболее специфичным показателем при лабораторной диагностике ТЭЛА является уровень	D-димера
		МВ-КФК
		тропонина I и тропонин Т
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 течение1 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	5минут
		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 допамина/добутамина показана инфузия адреналина в дозе	2-4 мкг/мин
		10-20 мкг/мин
		40-50мкг/мин

210	При прогрессирующей гипотонии и отсутствии эффекта от допамина/добутамина показана инфузия норадреналина в дозе	0,2-1 мкг/мин
		2-4 мкг/мин
		α) мкг/мин

3. ВОПРОСЫ ДЛЯ СОБЕСЕДОВАНИЯ

Раздел 3. Специальные профессиональные умения и навыки
Контрольные вопросы (УК-1, ПК-5):

1. Какие вопросы необходимо задать пациенту при сборе жалоб у пациента с заболеванием пищеварительной системы.
2. Порядок сбора анамнеза заболевания у пациента с заболеванием пищеварительной системы
3. Порядок сбора анамнеза жизни у пациента с заболеванием пищеварительной системы.
4. Порядок и интерпретация результатов общего осмотра пациента с гастроэнтерологическим заболеванием.
5. Порядок и интерпретация результатов физикального обследования органов сердечно-сосудистой системы у пациента с гастроэнтерологическим заболеванием.
6. Порядок и интерпретация результатов физикального обследования органов дыхательной системы у пациента с гастроэнтерологическим заболеванием.
7. Порядок и интерпретация результатов физикального обследования органов мочевыделительной системы у пациента с гастроэнтерологическим заболеванием.

ЧЕК-лист№ 25. Физикальное обследование органов пищеварительной системы у пациента с гастроэнтерологическим заболеванием

1.	Установил контакт с пациентом (поздоровался, представился, обозначил свою роль), начал общение с пациентом: попросил пациента представиться, назвать возраст, сверяя с медицинской документацией.
2.	Предложил пациенту лечь на кушетку.
3.	Осведомился о самочувствии пациента, обратившись по имени и отчеству.
4.	Получил добровольное информированное согласие пациента (прочитал информированное согласие, рассказал о предстоящей манипуляции, уточнил наличие вопросов).
5.	Задал все необходимые вопросы (когда ел, когда последний раз ходил в туалет, есть ли боли в животе).
6.	Заранее подготовил весь необходимый инструментарий (стетофонендоскоп, спиртовые салфетки, контейнеры для сбора отходов класса А и Б).
7.	Обработал руки гигиеническим способом.
8.	Сел на стул рядом с пациентом (правым боком к пациенту) и попросил оголить живот
9.	Сказал, что осматривает живот
10.	Сказал, что оценивает ладони и пальцы рук (верно объяснив, как необходимо показать ладони)
11.	Сказал, что пациенту необходимо опустить нижнее веко, продемонстрировав на себе, как это сделать (для осмотра слизистой оболочки)
12.	Попросил пациента открыть рот и достать кончиком языка до неба (для осмотра слизистой оболочки)
13.	Согрел руки перед пальпацией
14.	Пропальпировал брюшную стенку в левой подвздошной области и оценил напряжение мышц и болезненность (плавно сгибая пальцы в проксимальных межфаланговых суставах, смотря на реакцию пациента, с погружением пальцев в брюшную стенку на глубину не более 1 см)
15.	Пропальпировал брюшную стенку в правой подвздошной области и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)
16.	Пропальпировал брюшную стенку в области левого фланка живота и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)
17.	Пропальпировал брюшную стенку в области правого фланка живота и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)
18.	Пропальпировал брюшную стенку в области левого подреберья и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)

19.	Пропальпировал брюшную стенку в области правого подреберья и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)
20.	Пропальпировал брюшную стенку в эпигастральной области и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)
21.	Пропальпировал брюшную стенку в пупочной области и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)
22.	Пропальпировал брюшную стенку в надлобковой области и оценил напряжение мышц и болезненность (аналогичным образом)
23.	Верно оценил состояние апоневроза (кончики согнутых пальцев вдоль белой линии живота, пропальпировал линию на всем протяжении; попросил пациента поднять голову и снова пропальпировал линию на всем протяжении)
24.	Верно оценил состояние пупочного кольца (указательный палец установил в пупочном кольце; пациент поднимает голову)
25.	Оценил наличие симптома флюктуации (попросил пациента расположить ребро ладони вдоль средней линии живота; одна ладонь врача плотно прилегает к боковому фланку живота пациента, другая выполняет резкие толчкообразные движения ладонной поверхностью пальцев)
26.	Верно выполнил пальпацию сигмовидной кишки (смещая складку кожи к пупку на 1-2 см; погружая дистальные фаланги в направлении задней стенки живота на глубину более 1 см; пальпация на выдохе пациента)
27.	Верно выполнил пальпацию слепой кишки (аналогичным образом)
28.	Верно определил нижнюю границу желудка (головку стетофонендоскопа установил в эпигастральной области; совершил касательные, штриховые движения от мечевидного отростка в сторону пупка)
29.	Верно выполнил пальпацию поперечной ободочной кишки (ладони на 2-3 см выше найденной границы, по краям от прямых мышц живота; смещая кожную складку к пупку на 1-2 см, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см на выдохе пациента)
30.	Верно выполнил пальпацию восходящей ободочной кишки (ладонь субдоминантной руки плотно прилегает к пояснице пациента; сместив складку кожи к пупку, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см навстречу субдоминантной руке, на выдохе пациента)
31.	Верно выполнил пальпацию нисходящей ободочной кишки (ладонь субдоминантной руки плотно прилегает к пояснице пациента; сместив складку кожи к пупку, погрузил пальцы в брюшную стенку на глубину более 1 см навстречу субдоминантной руке, на выдохе пациента)
32.	Верно определил нижнюю границу печени (выполнил перкуссию по среднеключичной линии из правой подвздошной области до притупления звука)
33.	Верно выполнил пальпацию печени (пациент скрестил руки на груди; субдоминантная рука фиксирует реберную дугу пациента; сомкнутые пальцы доминантной руки на одной линии, на 2 см ниже найденной границы; складка кожи на 1-2 см к пупку; на выдохе пациента погрузил пальцы под реберную дугу и попросил пациента вдохнуть животом)
34.	Верно выполнил перкуссию селезенки
35.	Верно выполнил пальпацию селезенки (в положении пациента на спине, методика аналогична пальпации печени)
36.	Верно выполнил пальпацию брюшной аорты (ладони продольно прямым мышцам живота, пропальпировал, передвигая их от периферии к центру)
37.	Верно выполнил аускультацию брюшной аорты (головка стетофонендоскопа на 2-3 см выше пупка по белой линии живота, плотно прижимая головку стетоскопа, выполнил аускультацию с двух сторон от белой линии живота во время задержки дыхания пациентом по 15 секунд с каждой стороны)
38.	Справился о самочувствии пациента
39.	Обработал руки гигиеническим способом
40.	Верно заполнил заключение

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)

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по обучающему симуляционному курсу
«Специальные профессиональные умения и навыки»

ординатура по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по практике «Обучающий симуляционный курс» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой «27» ноября 2023 г., протокол №11.

СОДЕРЖАНИЕ

№п/п	Наименование методических материалов
1	МЕТОДИЧЕСКИЕ РЕКОМЕНДАЦИИ ДЛЯ ПРЕПОДАВАТЕЛЯ ПО ОРГАНИЗАЦИИ И ПРОВЕДЕНИЮ ЗАНЯТИЙ СЕМИНАРСКОГО ТИПА
2	МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ
2.1	Методические рекомендации по самостоятельной работе
2.2	Методические рекомендации для обучающихся по выполнению различных видов самостоятельной работы (

1. 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 обучающийся.

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 обучающихся 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 ситуационныхпроизводственных задач,

- выполнение профессиональных функций в деловыхиграх 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.

2. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

2.1 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.

2.2 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. Прочесть 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 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 «∅» 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 (х) в качестве знака умножения ставиться:

–при указании размеров: 4,5х3 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.

Приложение

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 31.08.28 Гастроэнтерология

Научный руководитель:
_____
(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Санкт-Петербург
2023

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.

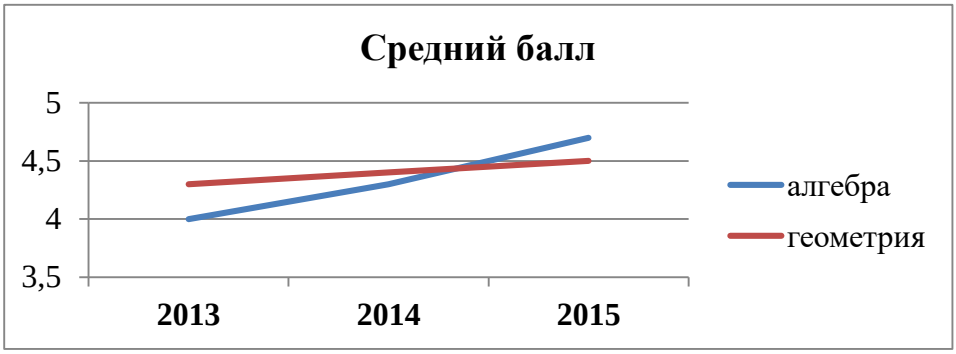


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

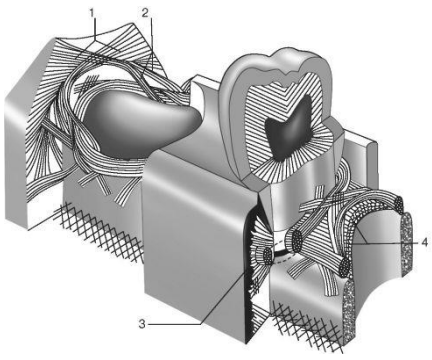


Рисунок 5 – Волокна периодонта
1 - межсосочковые; 2 - циркулярные; 3 - межзубные; 4 - зубодесневые

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

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По практике	**Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)**
	(наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.28 Гастроэнтерология**
	(код специальности и наименование)
Факультет	**Лечебный факультет**
	(наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра пропедевтики внутренних болезней с клиникой**
	(наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**2**
Форма промежуточной аттестации	**зачет /зачет**
Общая трудоемкость практики	**324 час./ 9 зач.ед.**

Санкт-Петербург
2023

1071

Рабочая программа «Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Фоминых Юлия Александровна	Д.м.н., доцент	Заведующий кафедрой пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Иванов Сергей Витальевич	К.м.н.	Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3.	Добренко Виталий Антонович	К.м.н.	Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа практики «Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой 27 ноября 2023 г., протокол № 11.

Рабочая программа практики «Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)» рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «23» ноября 2023 г., протокол №13/2023.

Пояснительная записка к рабочей программе практики

Рабочая программа практики разработана в соответствии с профессиональным стандартом «Врач-гастроэнтеролог», утвержденный приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. N 139н, и в соответствии с действующим ФГОС ВО утвержден приказом Министерства науки и высшего образования Российской Федерации от «25» августа 2014 г.

По итогам прохождения обучения ординатор будет готов в полном объеме оказывать медицинскую помощь населению по профилю «гастроэнтерология», в рамках выполнения необходимых трудовых функций:

1. Диагностика заболеваний и (или) состояний пищеварительной системы.
2. Назначение лечения пациентам с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы и контроль его эффективности и безопасности.
3. Проведение и контроль эффективности медицинской реабилитации пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы, в том числе реализация индивидуальных программ реабилитации или абилитации инвалидов.
4. Проведение медицинских экспертиз в отношении пациентов с заболеваниями и (или) состояниями пищеварительной системы.
5. Проведение мероприятий по профилактике и формированию здорового образа жизни и санитарно-гигиеническому просвещению населения.
6. Проведение анализа медико-статистической информации, ведение медицинской документации, организация деятельности находящегося в распоряжении медицинского персонала.
7. Оказание медицинской помощи в экстренной форме.

Оказывать медицинскую помощь населению по профилю «гастроэнтерология» ординатор сможет в рамках как амбулаторного, так и стационарного звена здравоохранения, пациентам всех возрастных групп.

Обучение в ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России и на клинических базах кафедры обеспечивает высокий уровень вовлеченности обучающихся в практическую деятельность и самостоятельную работу, отличается высоким уровнем технологического обеспечения и высокой квалификацией преподавателей, осуществляющих образовательную деятельность по данной рабочей программе.

1. ЦЕЛИ И ЗАДАЧИ ОСВОЕНИЯ ПРАКТИКИ

Цель освоения практики: формирование практических умений и навыков, необходимых для самостоятельной работы врача-гастроэнтеролога во всех видах его деятельности, формирование профессиональных компетенций врача-гастроэнтеролога, приобретение опыта в решении реальных профессиональных задач и получение общих профессиональных и специальных навыков при оказании помощи пациентам с воспалительными заболеваниями кишечника.

Задачи освоения практики:

1. Оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы воспалительных заболеваний кишечника.
2. Знать патогенез воспалительных заболеваний кишечника, особенности их течения в различном возрасте.
3. Планировать объем необходимых обследований для диагностики воспалительных заболеваний кишечника.

4. Оценивать тяжесть состояния больного на основе результатов субъективного опроса пациента, физикальных клинических данных, результатов лабораторно-инструментального обследования, выделять и анализировать ведущие синдромы при воспалительных заболеваниях кишечника.
5. Проводить необходимые манипуляции, необходимые для подтверждения диагноза в рамках физикального обследования пациента с воспалительными заболеваниями кишечника.
6. Овладеть современными методиками, используемыми в гастроэнтерологии в рамках ведения пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника.
7. Проводить дифференциальную диагностику воспалительных заболеваний кишечника.
8. Оформлять медицинскую документацию.

Тип практики – производственная (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

«Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)» является обязательной частью образовательной программы ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология и относится к Блоку 2 «Практики», которая проводится на втором году обучения на базе ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр имени В.А. Алмазова», а также в других местах проведения практической подготовки в соответствии с оформленными договорами об организации практической подготовки обучающихся в иных организациях.
«Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)» 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 универсальные (УК) и профессиональные (ПК) компетенции, установленные программой специалитета:

Код компетенции	Содержание компетенции (**части компетенции**)	Показатель формирования компетенции для данной компетенции	Оценочные средства *
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знать: - методы формальной логики Уметь: - самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - прослеживать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию. Владеть: - способностью формулировать и оценивать гипотезы.	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, ПН
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров,	Знать: - информацию о распространенности и частоте встречаемости основных групп гастроэнтерологических заболеваний в Российской Федерации; - факторы риска и начальные клинические проявления	Для текущего контроля: КВ, ПН Для

	диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	гастроэнтерологических заболеваний; - возможности ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний; - варианты течения хронических гастроэнтерологических заболеваний; - принципы диспансерного наблюдения за пациентами с гастроэнтерологическими заболеваниями (кратность осмотров, перечень диагностических исследований, необходимость реабилитационных мероприятий); - первичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний Уметь: - интерпретировать информацию, полученную при клиническом и дополнительных методах исследования здорового населения разных возрастных групп; - назначить мероприятия первичной профилактики группам населения, подлежащим прохождению профилактических осмотров и диспансерному наблюдению; - дать рекомендации пациенту и лечащему врачу по дальнейшей тактике ведения пациента Владеть: - практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком пропаганды здорового образа жизни и мероприятий по первичной профилактике гастроэнтерологических заболеваний; - навыком оформления медицинской документации с использованием современных технологических возможностей для архивирования, передачи и хранения информации	промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, ПН
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знать: - анатомию, физиологию пищеварительной системы в норме и при патологических состояниях; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - стандартный алгоритм и особенности проведения опроса пациента с гастроэнтерологическим заболеванием; - жалобы, характерные для гастроэнтерологических заболеваний; - этиологию, патогенез, классификации, клиническую картину, методы диагностики, дифференциальный диагноз гастроэнтерологических заболеваний; - МКБ-10; формулировки диагнозов гастроэнтерологических заболеваний; - лабораторные и инструментальные диагностические методы (лучевые и другие визуализационные, ультразвуковые методы), их информативность, показания и противопоказания к использованию при гастроэнтерологических заболеваниях у детей и взрослых Уметь: - собрать анамнез и получить информацию о заболевании (опросить пациента, родственников, работать с медицинской документацией); - применить объективные методы исследования пациента; - выделить ведущие гастроэнтерологические синдромы и поставить предварительный диагноз; - поставить и обосновать клинический диагноз; - пользоваться МКБ-10 для постановки клинического диагноза; - определить необходимость дополнительных методов исследования, интерпретировать полученные данные; - провести дифференциальную диагностику гастроэнтерологического заболевания; - оценить тяжесть состояния больного по клиническому и дополнительным методам исследования, оценить динамику гастроэнтерологической симптоматики во времени Владеть: - методикой сбора анамнеза у гастроэнтерологического больного; - практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей; - навыком интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других визуализационных, ультразвуковых) методов исследования	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, ПН

ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	Знать: - общие вопросы организации гастроэнтерологической помощи в РФ, и связанными с ней вопросами организации работы скорой и неотложной помощи; - организацию помощи пациентам с гастроэнтерологическими заболеваниями - показания к различным формам оказания гастроэнтерологической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации; - различные способы лечения гастроэнтерологических заболеваний: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое, паллиативное; - современные стандарты лечения гастроэнтерологических заболеваний и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту; - основы фармакотерапии гастроэнтерологических заболеваний (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного лечения у пациентов разных возрастных групп (особенности использования в детском возрасте и гериатрии); - современные возможности прогнозирования индивидуальных реакций и чувствительности организма при использовании фармакологических препаратов; - хирургические методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (показания и противопоказания); - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов Уметь: - выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение); - определить наличие нетрудоспособности пациента; - назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при гастроэнтерологических заболеваниях с учетом возраста и индивидуальных особенностей пациента; - оценить динамику течения заболевания, внести коррективы в лечебную тактику; - прогнозировать течение и исход заболевания; - информировать пациента о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе заболевания на основе принципов этики и деонтологии Владеть: - методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам гастроэнтерологического профиля	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, ПН

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, 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 2**	
			ПА 3	**ПА 4**
Аудиторная контактная работа обучающегося		216	120	96
Самостоятельная работа (аудиторная и внеаудиторная самостоятельная работа**)**		108	60	48
Промежуточная аттестация – зачет /зачет		-	-	-
Общая трудоемкость практики	**час.**	**324**	**180**	**144**

	з.е	**9**	**5**	**4**
Из них на практическую подготовку.		258	144	114

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 до 80% от общей трудоёмкости практики «Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)»

.

4.2. Содержание практики, структурированное по разделам с указанием отведенного на них количества академических часов

№ п/п	Виды профессиональной деятельности	Продолжительность	Перечень формируемых компетенций её части
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 1 - 180 час.			
3	**Стационар** - обучение стационарному ведению больных с воспалительными заболеваниями кишечника; - физикальное обследование пациента с воспалительным заболеванием кишечника; - назначение плана лабораторного и инструментального обследования пациенту с воспалительным заболеванием кишечника; - интерпретация результатов лабораторного и инструментального обследования пациента с воспалительным заболеванием кишечника; - диагностика воспалительных заболеваний кишечника - лечение пациента с воспалительным заболеванием кишечника в стационаре	180	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
Промежуточная аттестация № 2 – 144 час.			
4	**Поликлиника** - обучение амбулаторному ведению пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в гастроэнтерологическом кабинете амбулаторно-поликлинического учреждения: - обследование пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в рамках амбулаторного ведения; - интерпретация результатов лабораторного и инструментального обследования пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в амбулаторной практике; - диагностика заболевания и лечение пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в амбулаторной практике	144	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
	ИТОГО	**324**	

*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 при текущем контроле:

Знания и умения, полученные при теоретическом обучении (Блок1. Дисциплины) и практики «Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)», обеспечивающие первоначальное освоение всех заявленных компетенций, совершенствуются и закрепляются через приобретение навыков при отработке на занятиях производственной вариативной практики под контролем руководителя практики. Конечный результат определяется на

промежуточных аттестациях с учётом результатов текущего контроля и проведения тестирования и собеседования.

5.2. Оценка проверки формирования компетенций на промежуточной аттестации:

Код и наименование компетенции или индикатора компетенции	Наименование оценочных средств для проверки формирования компетенции
УК-1 готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	КВ, ТЗ
ПК-2 готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	КВ, ТЗ
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	КВ, ТЗ
ПК-6 готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи	КВ, ТЗ

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

Форма промежуточной аттестации по практике – зачет с оценкой.

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Промежуточная аттестация обучающихся по «Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)» проводится в виде зачета, 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 «Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)» проводится на основании отчетов по практике на заседание 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:

- индивидуальный план-график;
- дневник практики;
- письменный отчет по практике или мультимедийная презентация отчета по практике;
- отзыв руководителя по практики

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	Перечень компетенций или её части
Промежуточная аттестация № 1		
Ответ на контрольные вопросы	КВ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6
Промежуточная аттестация № 2		
Тестирование Ответ на контрольные вопросы	ТЗ КВ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

Критерии оценивания тестовых заданий и контрольных вопросов:

Оценка	Вид задания	
	Контрольные вопросы	Тестовые задания
Не зачтено	Ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам	70% и менее
Зачтено	Ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа. Но Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя	Более 70%

5.3 Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Оценочное средство	Типовое задание с эталоном ответа	Проверяемые компетенции или её части
КВ	Гистологические особенности поражения кишечника при язвенном колите и болезни Крона – полный развернутый ответ	УК-1, ПК-5

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

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компетенции
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. «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 средства по практике (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 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)
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. Палевская, С. А. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / С. А. Палевская, А. Г. Короткевич. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 752 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477519.html
2. Маев, И. В. Болезни пищевода / Маев И. В., Бусарова Г. А., Андреев Д. Н. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 648 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448748.html
3. Маев, И. В. Тактика врача-гастроэнтеролога: практическое руководство / под ред. И. В. Маева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 312 с. (Серия "Тактика врача"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457603.html
4. Горбачева И.А., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Барышникова Н.В. Лабораторные методы диагностики в гастроэнтерологии // учебное пособие 2-ое издание, испр. и доп. – СПб: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022. – 65с. - Текст: непосредственный.
5. Антибиотик-ассоциированная диарея. Псевдомембранозный колит: учебно-методическое пособие / Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А, Горбачева И.А., [и др.]. – Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2021. - Текст: непосредственный.
6. Лабораторные методы диагностики в гастроэнтерологии: учебное пособие / Горбачева И.А., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Барышникова Н.В. – 2-ое издание, испр. и доп. – Санкт-Петербург: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022. – 65с. – Текст: непосредственный.
7. Clostridioides difficile (C. difficile) - ассоциированная болезнь. Клинические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека и Российской гастроэнтерологической ассоциации / Ивашкин В.Т., Ляшенко О.С., Алексеева О.П. [и др.]. - 2022. - 71 с. - Текст: непосредственный.
8. Практические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека (НСОИМ) и Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по применению пробиотиков для лечения и профилактики заболеваний гастроэнтерологического профиля у взрослых / Ивашкин В.Т., Маев И. В., Абдулганиева Д. И., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(2). - С. 76–89. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-2-76-89. - Текст: электронный.
9. Клинические рекомендации «Хронические диареи у взрослых» / Лазебник Л. Б., Сарсенбаева А. С., Авалуева Е. Б., [и др.]. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2021. - № 188(4). - С. 7–67. – URL: DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-188-4-7-67. - Текст: электронный.
10. Клинические рекомендации. Болезнь Крона (К50), взрослые / Шелыгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Ачкасов С.И [и др.] // Колопроктология. - 2023. - № 22(3). - С. 10-49. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-3-10-49. - Текст: электронный.
11. Язвенный колит (К51), взрослые / Шелыгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Белоусова Е.А. [и др.] // Колопроктология. - 2023. - № 22(1). - С. 10-44. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-10-44. - Текст: электронный.

12. Успенский Ю.П. Возможности применения месалазина ММХ в терапии язвенного колита в рутинной амбулаторной практике / Успенский Ю.П., Иванов С.В., Фоминых Ю.А. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(6). - С. 7-15. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-6-7-15. - Текст: электронный.
13. Шептулин А.А. Диагностические возможности определения уровня фекального кальпротектина в клинической практике / Шептулин А.А., Кардашева С.С., Курбатова А.А. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2022. - № 32(6). - С. 53-59. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-6-53-59. - Текст: электронный.
14. Современные подходы в морфологической диагностике воспалительных заболеваний кишечника / Тертычный А.С., Ахриева Х.М., Коган Е.А. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2022. - № 32(2). - С. 73-84. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-2-73-84. - Текст: электронный.
15. Диагностический алгоритм при болях в суставах у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника / Долгушина А.И., Хусаинова Г.М., Несмеянова О.Б. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(5). - С. 51-60. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-51-60. - Текст: электронный.

Дополнительная литература:

1. Давыдкин, И. Л. Поликлиническая терапия: учебник / под ред. Давыдкина И. Л., Щукина Ю. В. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 840 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455456.html
2. Ивашкин, В. Т. Справочник по инструментальным исследованиям и вмешательствам в гастроэнтерологии / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. С. Трухманов - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 560 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430927.html
3. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html
4. Практические рекомендации для терапевтов по избранным вопросам гастроэнтерологии (редакция от 26.10.2020), утвержденные Первым заместителем Председателя Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. - Санкт-Петербург: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2020. – 213 с. – Текст: непосредственный.
5. Прогноз ВЗК: риск ургентных хирургических осложнений: методические рекомендации / Успенский Ю.П., Иванов С.В., Фоминых Ю.А. [и др.] – Санкт-Петербург: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2023 – 25 с. – Текст: непосредственный.
6. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей / под ред. Е. В. Ших, В. Н. Дроздова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 464 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477021.html. - Текст: электронный.
7. Мельникова, И. Ю. Детская гастроэнтерология / под ред. Мельниковой И. Ю. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 480 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451755.html. - Текст: электронный.
8. Прогнозирование развития ургентных жизнеугрожающих хирургических осложнений воспалительных заболеваний кишечника (болезнь Крона, язвенный колит) на основании искусственного интеллекта с использованием специализированной компьютерной программы «Прогноз ВЗК: риск ургентных хирургических осложнений»: Методические рекомендации / Ю. П. Успенский, С. В. Иванов, Ю. А. Фоминых [и др.]; Комитет по

здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. – Санкт-Петербург: ООО "Цифровая Типография Процвет", 2023. – 25 с. – EDN NYFDNR. - Текст: непосредственный.
9. Затевахин, И. И. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с.: ил. - (Серия "Национальные руководства"). - 912 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466315.html. - Текст: электронный.
10. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей / под ред. Е. В. Ших, В. Н. Дроздова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 464 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477021.html. - Текст: электронный.
11. Заболевания кишечника в детском возрасте: руководство для врачей / Запруднов А. М., Харитонова Л. А., Григорьев К. И., Дронов А. Ф. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 488 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446164.html. - Текст: электронный.
12. Мельникова, И. Ю. Детская гастроэнтерология / под ред. Мельниковой И. Ю. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 480 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451755.html. - Текст: электронный.
13. Перианальные свищи при болезни Крона (обзор литературы). / Аносов И.С., Нанаева Б.А., Варданян А.В., Захаров М.А. // Колопроктология. - 2023. - № 22(1). - С. 128-137. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-128-137. - Текст: электронный.
14. Гранулематозные заболевания кишечника: болезнь Крона и туберкулез. Сложности дифференциальной диагностики (клиническое наблюдение и обзор литературы) / Варданян А.В., Меркулова Е.С., Белинская В.А. [и др.] // Колопроктология. - 2023. - № 22(1). - С. 117-127. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-117-127. - Текст: электронный.
15. Эндоскопическая диагностика дисплазии эпителия толстой кишки у пациентов с длительным анамнезом язвенного колита / Архипова О.В., Скридлевский С.Н., Веселов В.В., Майновская О.А. // Колопроктология. - 2020. - № 19(1). - С. 37-50. - URL:https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-1-37-50. - Текст: электронный.
16. Особенности осложненного течения и внекишечных проявлений воспалительных заболеваний кишечника / Ю. П. Успенский, С. В. Иванов, Ю. А. Фоминых [и др.] // University Therapeutic Journal. – 2023. – Т. 5. – № 2. – С. 68-83. –. - URL: DOI 10.56871/UTJ.2023.72.18.006. - Текст: электронный.

7. УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

7.1. 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

7.2. Учебно-методические материалы для преподавателей

Методическое материалы по дисциплине «Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)» для специальности 31.08.28 Гастроэнтерология, Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2023.

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 «Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)» 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 ординатуры.

9. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ПРАКТИКИ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по практике «Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)» соответствует требованиям ФГОС ВО по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

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 «Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)» 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.

Приложение № 1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
ПО ПРАКТИКЕ
«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)»

Специальность ординатуры	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-гастроэнтеролог»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

1085

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по практике **«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)»**
.

№ п/п	Наименование раздела практики	Код контролируемой компетенции или ее части	Наименование оценочного средства *
Второй год обучения			
Промежуточная аттестация № 1			
СТАЦИОНАР			
1	Расспрос пациента с воспалительным заболеванием кишечника (сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни)	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН
2	Освоение методик исследования и интерпретации полученных данных при обследовании пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, КВ, ТЗ
3	Назначение плана обследования пациенту с воспалительным заболеванием кишечника в стационарной клинической практике	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, КВ, ТЗ
4	План лечения пациента с воспалительным заболеванием кишечника в рамках экстренной госпитализации	УК-1, ПК-6	ПН, КВ, ТЗ
5	План лечения пациента с воспалительным заболеванием кишечника в рамках плановой госпитализации	УК-1, ПК-6	ПН, КВ, ТЗ
Промежуточная аттестация № 2			
ПОЛИКЛИНИКА			
1	Расспрос пациента с воспалительным заболеванием кишечника (сбор жалоб, анамнеза заболевания и анамнеза жизни)	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН
3	Освоение методик исследования и интерпретации полученных данных при обследовании пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в амбулаторных условиях	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, КВ, ТЗ
4	Назначение плана обследования пациенту с воспалительным заболеванием кишечника в амбулаторных условиях	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, КВ, ТЗ
5	План лечения пациента с воспалительным заболеванием кишечника в амбулаторных условиях	УК-1, ПК-5, ПК-6	ПН, КВ, ТЗ
6	Диспансеризация пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	ПН, КВ, ТЗ
7	Показания для госпитализации пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника	УК-1, ПК-6	ПН, КВ, ТЗ

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

1. Описание показателей и критериев оценивания компетенций в результате освоения рабочей программы практики

Код компетенции	Содержание компетенции (части компетенции)	Показатель формирования компетенции для данной компетенции	Критерий оценивания	Оценочные средства *
УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	Знает: - методы формальной логики Умеет: - самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - прослеживать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в	Для КВ: правильность и полнота ответа. Для ТЗ и ПН – шкалы оценивания	Для текущего контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, ПН

		профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию.		
ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	Знает: - информацию о распространенности и частоте встречаемости основных групп гастроэнтерологических заболеваний в Российской Федерации; - факторы риска и начальные клинические проявления гастроэнтерологических заболеваний; - возможности ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний; - варианты течения хронических гастроэнтерологических заболеваний; - принципы диспансерного наблюдения за пациентами с гастроэнтерологическими заболеваниями (кратность осмотров, перечень диагностических исследований, необходимость реабилитационных мероприятий); - первичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний Умеет: - интерпретировать информацию, полученную при клиническом и дополнительных методах исследования здорового населения разных возрастных групп; - назначить мероприятия первичной профилактики группам населения, подлежащим прохождению профилактических осмотров и диспансерному наблюдению; - дать рекомендации пациенту и лечащему врачу по дальнейшей тактике ведения пациента	Для КВ: правильность и полнота ответа. Для ТЗ и ПН – шкалы оценивания	Для текущего контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, ПН
ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	Знает: - анатомию, физиологию пищеварительной системы в норме и при патологических состояниях; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - стандартный алгоритм и особенности проведения опроса пациента с гастроэнтерологическим заболеванием; - жалобы, характерные для гастроэнтерологических заболеваний; - этиологию, патогенез, классификации, клиническую картину, методы диагностики, дифференциальный диагноз гастроэнтерологических заболеваний; - МКБ-10; формулировки диагнозов гастроэнтерологических заболеваний; - лабораторные и инструментальные диагностические методы (лучевые и другие визуализационные, ультразвуковые методы), их информативность, показания и противопоказания к использованию при гастроэнтерологических заболеваниях у детей и взрослых Умеет: - собрать анамнез и получить информацию	Для КВ: правильность и полнота ответа. Для ТЗ и ПН – шкалы оценивания	Для текущего контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, ПН

		о заболевании (опросить пациента, родственников, работать с медицинской документацией); - применить объективные методы исследования пациента; - выделить ведущие гастроэнтерологические синдромы и поставить предварительный диагноз; - поставить и обосновать клинический диагноз; - пользоваться МКБ-10 для постановки клинического диагноза; - определить необходимость дополнительных методов исследования, интерпретировать полученные данные; - провести дифференциальную диагностику гастроэнтерологического заболевания; - оценить тяжесть состояния больного по клиническому и дополнительным методам исследования, оценить динамику гастроэнтерологической симптоматики во времени		
ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании терапевтической медицинской помощи	Знает: - общие вопросы организации гастроэнтерологической помощи в РФ, и связанными с ней вопросами организации работы скорой и неотложной помощи; - организацию помощи пациентам с гастроэнтерологическими заболеваниями - показания к различным формам оказания гастроэнтерологической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации; - различные способы лечения гастроэнтерологических заболеваний: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое, паллиативное; - современные стандарты лечения гастроэнтерологических заболеваний и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту; - основы фармакотерапии гастроэнтерологических заболеваний (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного лечения у пациентов разных возрастных групп (особенности использования в детском возрасте и гериатрии); - современные возможности прогнозирования индивидуальных реакций и чувствительности организма при использовании фармакологических препаратов; - хирургические методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (показания и противопоказания); - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов	Для КВ: правильность и полнота ответа. Для ТЗ и ПН – шкалы оценивания	Для текущего контроля КВ Для промежуточной аттестации: КВ, ТЗ, ПН

		Умеет: - выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение); - определить наличие нетрудоспособности пациента; - назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при гастроэнтерологических заболеваниях с учетом возраста и индивидуальных особенностей пациента; - оценить динамику течения заболевания, внести коррективы в лечебную тактику; - прогнозировать течение и исход заболевания; - информировать пациента о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе заболевания на основе принципов этики и деонтологии		

2. 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, 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: ПК-2, ПК-5	Оцениваются данные цифрового и текстового отчета по практике	Итоговая оценка непосредственного руководителя
3.	ХАРАКТЕРИСТИКА (проверяемые компетенции УК-1, ПК-5, ПК-6)	Оценивается профессиональная деятельность обучающегося во время практики и уровень освоения компетенций	Итоговая оценка непосредственного руководителя

Шкала и критерии оценивания результатов

Оценка	Вид задания		
	Демонстрации практических навыков при текущем контроле	Контрольные вопросы	Тестовые задания
Не зачтено	Грубое нарушение алгоритма или нарушение техники выполнения манипуляции.	ответе на вопрос ординатор допускает множественные ошибки принципиального характера или не представляет ответ по базовым вопросам	70% и менее
Зачтено	Демонстрация способности выполнять манипуляцию на высоком профессиональном уровне в соответствии с алгоритмом. Но Отмечаются небольшие затруднения, увеличивающие время проведения манипуляции	Ответ полный, не требует дополнений. Могут быть допущены недочеты в определении понятий, исправленные ординатором самостоятельно в процессе ответа. Но Могут быть допущены недочеты или незначительные ошибки, исправленные ординатором с помощью преподавателя	Более 70%

Шкала и критерии оценки освоения компетенций

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компетенции
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. «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.

3. Форма промежуточной аттестации по практике: **зачет**

4. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Вид аттестации	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции или индикаторы
Промежуточная аттестация № 1		
Демонстрация практических навыков Ответ на контрольные вопросы	ПН КВ, СЗ	УК-1, ПК-5, ПК-6
Промежуточная аттестация № 2		
Демонстрация практических навыков Тестирование Ответ на контрольные вопросы	ПН ТЗ КВ	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ и ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 1

Контрольные вопросы для собеседования (УК-1, ПК-5, ПК-6):

1. Алгоритм обследования и ведения пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника в стационаре.
2. Эндоскопическая диагностика язвенного колита и болезни Крона.
3. Морфологическая диагностика язвенного колита и болезни Крона.
4. Рентгенологическая диагностика язвенного колита и болезни Крона.
5. Индексы активности язвенного колита и болезни Крона.
6. Современные стратегии медикаментозной терапии при воспалительных заболеваниях кишечника.
7. Биохимические маркеры активности воспалительного процесса при язвенном колите и болезни Крона.
8. Особенности использования препаратов 5-аминосалициловой кислоты при воспалительных заболеваниях кишечника.
9. Особенности использования топических и системных глюкокортикоидов при воспалительных заболеваниях кишечника.
10. Особенности использования иммуносупрессоров при воспалительных заболеваниях кишечника.
11. Особенности использования таргетных иммуносупрессоров при воспалительных заболеваниях кишечника.
12. Особенности использования препаратов генно-инженерной биологической терапии при воспалительных заболеваниях кишечника.

Практические навыки (УК-1, ПК-5, ПК-6):

1. Способность оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы основных гастроэнтерологических заболеваний.
2. Навыки планировать объем необходимых обследований для диагностики болезней органов пищеварительной системы.
3. Совместно с врачом-гастроэнтерологом стационара обследование и ведение больных.
4. Оценивать тяжесть состояния больного на основе клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, выделять и анализировать ведущие синдромы при патологии органов пищеварительной системы.
5. Применять на основе научно доказанных методов терапевтический комплекс для лечения заболеваний пищеварительной системы.
6. Проводить дифференциальную диагностику гастроэнтерологических заболеваний.
7. Умение назначать и выписывать рецепты на препараты заместительной терапии гормонами, в том числе по федеральным и региональным льготам.
8. Овладеть навыками реабилитации гастроэнтерологических больных.

ПРОМЕЖУТОЧНАЯ АТТЕСТАЦИЯ № 2

Контрольные вопросы для собеседования:

1. Диспансеризация пациентов с язвенным колитом и болезнью Крона (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6).
2. Основные внекишечные проявления воспалительных заболеваний кишечника (УК-1, ПК-5, ПК-6).

3. Тактика ведения пациента при сочетании воспалительного заболевания кишечника с ревматологическим заболеванием (УК-1, ПК-5, ПК-6).
4. Осложнения воспалительных заболеваний кишечника (УК-1, ПК-5, ПК-6).
5. Анемический синдром при язвенном колите и болезни Крона (УК-1, ПК-5, ПК-6).
6. Стриктурирование при болезни Крона (УК-1, ПК-5, ПК-6).
7. Наружные свищи при болезни Крона (УК-1, ПК-5, ПК-6).
8. Внутренние свищи, внутрибрюшные абсцессы при болезни Крона (УК-1, ПК-5, ПК-6).
9. Ургентные хирургические осложнения при воспалительных заболеваниях кишечника (УК-1, ПК-5, ПК-6).
10. Ведение пациентов после оперативных вмешательств по поводу воспалительного заболевания кишечника (УК-1, ПК-5, ПК-6).

Тестовые задания (УК-1, ПК-5, ПК-6):

1) Показаниями для хирургического лечения язвенного колита являются все нижеперечисленные ситуации за исключением
1. развития сверхтяжелой атаки тотального язвенного колита
2. неэффективности консервативной терапии (гормональная резистентность, неэффективность биологической терапии) или невозможность ее продолжения (гормональная зависимость)
3. развития кишечных осложнений язвенного колита (токсическая дилатация, перфорация кишки, кишечное кровотечение)
4. выявление рака толстой кишки

2) Максимальная допустимая продолжительность курса терапии глюкокортикоидами при воспалительных заболеваниях кишечника составляет
1. 1 месяц
2. 3 месяца
3. 6 месяцев
4. 12 месяцев

3) К препаратам терапии первой линии легкой атаки язвенного колита (левостороннее поражение) относятся:
1. пероральные препараты месалазина в сочетании с ректальной пеной месалазина
2. пероральные препараты месалазина в сочетании с ректальными формами глюкокортикостероидов
3. глюкокортикостероиды в виде индукционного курса в сочетании с пероральными препаратами месалазина
4. ректальные формы месалазина в виде монотерапии

4) К возможным причинам синдрома мальабсорбции относятся все, кроме:
1. язвенная болезнь
2. целиакия
3. хронический панкреатит
4. болезнь Крона

5) К возможным внекишечным проявлениям язвенного колита относятся:
1. узловатая эритема
2. афтозный стоматит
3. артрит

4. узловатая эритема; афтозный стоматит; артрит

6) Какое воспаление по гистологическим данным при болезни Крона:
1. поверхностное воспаление, сплошное, с криптами и абсцессами
2. трансмуральное, с наличием гранулем, ассиметричное, прерывистое
3. хроническое неспецифическое воспаление
4. эозинофильное воспаление

7) Регулярное выполнение ФКС, предпочтительно во время ремиссии, рекомендуется пациентам с длительностью заболевания> 8–10 лет или при наличии у пациентов следующего заболевания:
1. первичный склерозирующий холангит
2. афтозный стоматит
3. узловатая эритема
4. гангренозная пиодермия

8) Что НЕ является целью лечения болезни Крона?
1. обезболивание
2. снижение веса
3. купирование воспалительного процесса
4. улучшение всасывания питательных веществ

9) Примерно у какого процента пациентов с язвенным колитом наблюдаются внекишечные проявления?
1. менее 10%
2. 10%-30%
3. 40%-60%
4. 70% и более

10) Какое из этих внекишечных проявлений связано с повышенным риском колоректального рака?
1. аксиальные артропатии
2. первичный склерозирующий холангит
3. сакроилеит
4. анкилозирующий спондилоартрит

11) В каком возрасте чаще всего происходит дебют язвенного колита?
1. 0-14
2. 15-30
3. 35-50
4. 55-70

12) Что из перечисленного является частым признаком болезни Крона?
1. брадикардия
2. повышенная частота дыхательных движений
3. гипотония
4. хроническая интермиттирующая лихорадка

13) В каком месте живота чаще всего возникают боли в животе при обострении болезни Крона?

1. верхний левый квадрант
2. нижний левый квадрант
3. верхний правый квадрант
4. нижний правый квадрант

14) Каковы наиболее частые дерматологические проявления болезни Крона?
1. узловатая эритема
2. алопеция
3. псориаз
4. синдром свита

15) Какой из этих препаратов в высоких дозах может маскировать симптомы перфорации кишечника — одного из наиболее серьезных осложнений болезни Крона?
1. НПВП
2. кортикостероиды
3. анальгетики
4. ингибиторы протонной помпы

16) Какая локализация болезни Крона обычно проявляется мальабсорбцией?
1. толстая кишка
2. тонкая кишка
3. желудок
4. прямая кишка

Практические навыки (УК-1, ПК-5, ПК-6):

1. Способность оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы основных гастроэнтерологических заболеваний.
2. Навыки планировать объем необходимых обследований для диагностики болезней органов пищеварительной системы.
3. Совместно с врачом-гастроэнтерологом поликлиники обследование и ведение больных.
4. Оценивать тяжесть состояния больного на основе клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, выделять и анализировать ведущие синдромы при патологии органов пищеварительной системы.
5. Применять на основе научно доказанных методов терапевтический комплекс для лечения заболеваний пищеварительной системы.
6. Проводить дифференциальную диагностику гастроэнтерологических заболеваний.
7. Умение назначать и выписывать рецепты на препараты заместительной терапии гормонами, в том числе по федеральным и региональным льготам.
8. Овладеть навыками реабилитации гастроэнтерологических больных.

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

«ПРОИЗВОДСТВЕННАЯ (КЛИНИЧЕСКАЯ) ПРАКТИКА (ВАРИАТИВНАЯ ЧАСТЬ)»
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

Индивидуальное задание

_____

(Ф.И.О. ординатора)

по специальности_____

для прохождения практики «Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)»

№ 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.

Рабочий график (план)

_____

(Ф.И.О ординатора)

по специальности _____

для прохождения производственной (клинической) практики (вариативная часть) в период с «_____»_____20_____г. по «_____»_____20 г.

_____

_____

наименование лечебного учреждения (профильная организация)

СОГЛАСОВАНО
«_____»_____20___г.
_____
(подпись руководителя практики
от профильной организации)

Дата	Место прохождения практики	Объем выполненной работы	Оценка и замечания о выполнении задания ФИО и подпись руководителя практики профильной организации

Обучающийся _____ _____
подпись Ф.И.О.
«_____»_____20___г.

Примечание: Рабочий график (план) с визой согласования и объем выполненной работы (таблица) заполняется отдельно для каждой профильной организации.

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.*

Характеристика ординатора
по производственной (клинической) практике (вариативная часть)

(Ф.И.О. обучающегося)

_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____
_____

Руководитель практики
от Института (организации) _____ _____
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)

ИНСТИТУТ МЕДИЦИНСКОГО ОБРАЗОВАНИЯ

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

ПРОГРАММА ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

основной образовательной программы высшего образования - подготовка кадров высшей квалификации в ординатуре

по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Форма обучения	**очная**
Курс	**2**
Общая трудоемкость	**108/3 (час/зач. ед.)**

Санкт-Петербург
2023

Программа государственной итоговой аттестации по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология разработана в соответствии с:

- Федеральным законом «Об образовании в Российской Федерации» от 29.12.2012 г. № 273-ФЗ;
- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- Приказом 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» учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- Уставом Центра и локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Фоминых Юлия Александровна	Д.м.н., доцент	И.о. Заведующего кафедрой пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Иванов Сергей Витальевич	К.м.н.	Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
3	Добренко Виталий Антонович	К.м.н.	Доцент кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

Рабочая программа «Государственная итоговая аттестации» рассмотрена и одобрена на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой от «27» ноября 2023 г., протокол № 11.

Программа государственной итоговой аттестации рассмотрена и одобрена на заседании Учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «28» ноября 2023 г., протокол №13/2023.

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 31.08.28 Гастроэнтерология.

Цель государственной итоговой аттестации

Государственная итоговая аттестация выпускников ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава РФ (далее – Центр) по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология 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.

Цель государственной итоговой аттестации: определить уровень сформированности универсальных и профессиональных компетенций, теоретической и практической подготовки ординатора в соответствии с содержанием программы ординатуры

2. Задачи государственной итоговой аттестации:

Задача государственной итоговой аттестации: определить качество подготовки ординатора, его профессиональную компетентность:

- степень готовности к осуществлению основных видов деятельности в соответствии с квалификационной характеристикой;
- уровень усвоения ординатором материала, предусмотренного учебными программами дисциплин (разделов);
- уровень знаний, умений и навыков, позволяющий решать профессиональные задачи;
- степень освоения заявленных в программе компетенций.

3. **Виды профессиональной деятельности**, к которым готовятся выпускники, освоившие программу ординатуры:
   - профилактическая;
   - диагностическая;
   - лечебная;
   - реабилитационная;
   - психолого-педагогическая;
   - организационно-управленческая.

4. Требования к результатам освоения программы ординатуры по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

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

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1.	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	- методы формальной логики	- самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - прослеживать возможности использования результатов исследования	- способностью формулировать и оценивать гипотезы

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
				и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию	
2.	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	- основы медицинской психологии; - психологию личности (основные теории личности, темперамент, эмоции, мотивация, воля, способности человека); - основы возрастной психологии и психологии развития; основы социальной психологии (социальное мышление, социальное влияние, социальные отношения); - определение понятий «этика», «деонтология», «медицинская деонтология», «ятрогенные заболевания», риск возникновения ятрогенных заболеваний в гастроэнтерологической практике; факторы, способствующие возникновению и развитию ятрогенных заболеваний; характер клинического проявления ятрогенных заболеваний; прогноз ятрогенных заболеваний.	- бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия; брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий; - принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность; - работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами; - соблюдать этические и деонтологические нормы	- способностью четко и ясно изложить свою позицию при обсуждении различных ситуаций; - навыками управления коллективом, ведения переговоров и межличностных бесед; - способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим персоналом, пациентами и их родственниками.
3.	УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в	- понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.	- использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности; организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество; - ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности; самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации; подготовить необходимую	- поиском и использованием информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
		сфере здравоохранения		документацию в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории; - проводить научные исследования по полученной специальности	
4.	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье человека факторов среды его обитания	- организацию гастроэнтерологической помощи в Российской Федерации; - основные направления развития современной гастроэнтерологии; - основные этапы развития гастроэнтерологии, представителей гастроэнтерологических школ; - эпидемиологию и социальную значимость гастроэнтерологических заболеваний - факторы риска возникновения гастроэнтерологических заболеваний с учетом возрастно-половых групп. - первичную и вторичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых. - этиологию и патогенез гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых. - принципы формирования здорового образа жизни - вопросы ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний, включая редкие - методы и принципы санитарно-просветительской работы среди населения	- выделять группы риска по развитию основных гастроэнтерологических заболеваний среди населения; - дать рекомендации по первичной и вторичной профилактике основных гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых; - проводить раннюю диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - проводить санитарно-просветительскую работу среди населения разных возрастных групп, направленную на формирование здорового образа жизни и предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний	- методикой клинического исследования органов пищеварительной системы; - методами ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний
5.	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	- информацию о распространенности и частоте встречаемости основных групп гастроэнтерологических заболеваний в Российской Федерации; - факторы риска и начальные клинические проявления гастроэнтерологических заболеваний; - возможности ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний; - варианты течения хронических гастроэнтерологических	- интерпретировать информацию, полученную при клиническом и дополнительных методах исследования здорового населения разных возрастных групп; - назначить мероприятия первичной профилактики группам населения, подлежащим прохождению профилактических осмотров и диспансерному наблюдению; - дать рекомендации пациенту и лечащему	- практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком пропаганды здорового образа жизни и мероприятий по первичной профилактике гастроэнтерологических заболеваний; - навыком оформления медицинской документации с использованием современных технологических возможностей для архивирования, передачи и хранения информации

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			заболеваний; - принципы диспансерного наблюдения за пациентами с гастроэнтерологическими заболеваниями (кратность осмотров, перечень диагностических исследований, необходимость реабилитационных мероприятий); - первичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний	врачу по дальнейшей тактике ведения пациента	
6.	ПК-3	готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	- знать перечень проведению противоэпидемических мероприятий, принципы организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	- организовывать и проводить противоэпидемические мероприятия по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	- принципами организации и проведения противоэпидемических мероприятии по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
7.	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- принципы социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- проводить социально-гигиенический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- методиками проведения социально-гигиенического анализа и принципами анализа полученной информации и анализа о показателях здоровья взрослых и подростков
8.	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	- анатомию, физиологию пищеварительной системы в норме и при патологических состояниях; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - стандартный алгоритм и особенности проведения опроса пациента с гастроэнтерологическим заболеванием; - жалобы, характерные для гастроэнтерологических заболеваний; - этиологию, патогенез, классификации, клиническую картину,	- собрать анамнез и получить информацию о заболевании (опросить пациента, родственников, работать с медицинской документацией); - применить объективные методы исследования пациента; - выделить ведущие гастроэнтерологические синдромы и поставить предварительный диагноз; - поставить и обосновать клинический диагноз; - пользоваться МКБ-10 для постановки клинического диагноза; - определить необходимость дополнительных методов исследования, интерпретировать	- методикой сбора анамнеза у гастроэнтерологического больного; - практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей; - навыком интерпретации

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			методы диагностики, дифференциальный диагноз гастроэнтерологических заболеваний; - МКБ-10; формулировки диагнозов гастроэнтерологических заболеваний; - лабораторные и инструментальные диагностические методы (лучевые и другие визуализационные, ультразвуковые методы), их информативность, показания и противопоказания к использованию при гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых	полученные данные; - провести дифференциальную диагностику гастроэнтерологического заболевания; - оценить тяжесть состояния больного по клиническому и дополнительным методам исследования, оценить динамику гастроэнтерологической симптоматики во времени	результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других визуализационных, ультразвуковых) методов исследования
9.	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	- общие вопросы организации гастроэнтерологической помощи в РФ, и связанными с ней вопросами организации работы скорой и неотложной помощи; - организацию помощи пациентам с гастроэнтерологическими заболеваниями - показания к различным формам оказания гастроэнтерологической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации; - различные способы лечения гастроэнтерологических заболеваний: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое, паллиативное; - современные стандарты лечения гастроэнтерологических заболеваний и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту; - основы фармакотерапии гастроэнтерологических заболеваний (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного	- выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение); - определить наличие нетрудоспособности пациента; - назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при гастроэнтерологических заболеваниях с учетом возраста и индивидуальных особенностей пациента; - оценить динамику течения заболевания, внести коррективы в лечебную тактику; - прогнозировать течение и исход заболевания; - информировать пациента о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе заболевания на основе принципов этики и деонтологии	- методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам гастроэнтерологического профиля

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			лечения у пациентов разных возрастных групп (особенности использования в детском возрасте и гериатрии); - современные возможности прогнозирования индивидуальных реакций и чувствительности организма при использовании фармакологических препаратов; - хирургические методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (показания и противопоказания); - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов		
10.	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- знать принципы к оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- уметь организовать обеспечение медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
11.	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	- эпидемиологию гастроэнтерологических заболеваний, имеющих исход в инвалидизацию; - прогноз и исходы гастроэнтерологических заболеваний; - методы реабилитации (ранние и поздние) гастроэнтерологических заболеваний; - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов	- определить реабилитационную программу пациенту с гастроэнтерологическим с учетом возраста, потребностей пациента, прогнозируемого результата и экономической целесообразности	- навыком ведения медицинской документации и ее оформления на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
12.	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- владеть принципами формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
13.	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	- Законодательство Российской Федерации, - Локальные номенклатурные акты учреждения, - принципы организации гастроэнтерологическо й помощи	- организовать работу гастроэнтерологического отделения и смежных специалистов; - организовать документооборот гастроэнтерологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов	- применением законов и положений в сфере организации гастроэнтерологической помощи; навыками оформления медицинской документации пациента; - навыками оформления отчетной и организационной документации гастроэнтерологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов
14.	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	- Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; - методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; - вопросы организации медицинской помощи населению; - статистику состояния здоровья населения; - критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения; - организацию экспертизы качества медицинской помощи; - вопросы экспертизы временной нетрудоспособности; - основы менеджмента; - основы страховой медицины.	Применять методики изучения состояния здоровья населения; - анализировать деятельность (организацию, качество и эффективность) организаций здравоохранения; - использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции.	- навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей; - навыком интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других визуализационных, ультразвуковых) методов исследования; - методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам гастроэнтерологического профиля
15.	ПК-12	готовность к организации	- основы и основные этапы организации	- организовать медицинскую помощь и	- основными подходами и алгоритмами

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
		медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	эвакуацию при чрезвычайных ситуациях	практических действий для оказания и организации эффективной медицинской помощи и эвакуации при чрезвычайных ситуациях

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) по программе ординатуры относится к базовой части программы и завершается присвоением квалификации «Врач-гастроэнтеролог».

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

8. Порядок проведения экзамена:

Государственный экзамен по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология осуществляется в три этапа:
1 этап – тестирование (оценка уровня теоретической подготовленности)
2 этап – демонстрация умений и навыков (оценка уровня освоения практических умений и навыков);
3 этап – собеседование (оценка уровня умения решать конкретные профессиональные задачи)

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 31.08.28 Гастроэнтерология. 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:

Оценка практических навыков и умений у обучающихся осуществляется во время приема больного в условиях терапевтической клиники Центра Алмазова или в условиях терапевтического или гастроэнтерологического отделения медицинского учреждения, являющегося клинической базой Центра Алмазова (в соответствии с договором об организации практической подготовки обучающихся между Центром Алмазова и данной медицинской организацией). 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**» - обучающийся демонстрирует глубокие знания и умения в вопросах сбора анамнеза, правильно и последовательно проводит клиническое обследование пациента, интерпретирует данные дополнительного обследования, формулирует клинический диагноз и составляет план лечения, демонстрируя знания вопросов клинической фармакологии,

«**Хорошо**» - обучающийся демонстрирует хорошие знания и умения в вопросах сбора анамнеза; правильно и последовательно проводит клиническое обследование пациента; 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.

«**Удовлетворительно**» - при сборе анамнеза обучающийся 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 пациентов.

«**Неудовлетворительно**» - обучающийся демонстрирует отсутствие умений в сборе анамнеза, проведении 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.

Проверка уровня сформированности компетенций обучающегося осуществляется в виде выполнения манипуляций и алгоритмов умений в условиях терапевтической клиники Центра Алмазова или в условиях терапевтического или гастроэнтерологического отделения медицинского учреждения, являющегося клинической базой Центра Алмазова (для Раздела 3 «Специальные профессиональные умения и навыки»).

«**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 (контрольные вопросы, ситуационные задачи)

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	Демонстрация практических умений и навыков	Собеседование	Выставляется с учетом результатов всех 3-х этапов

9.4. Все этапы государственного экзамена по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология 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 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.

Для подготовки к этапу демонстрация практических умений и навыков, обучающемуся необходимо самостоятельно проработать алгоритмы выполнения необходимых манипуляций, а также отработать навыки выполнения манипуляций в условиях терапевтической клиники Центра Алмазова или терапевтического либо гастроэнтерологического отделения медицинского учреждения, являющегося клинической базой Центра Алмазова.

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.

Примеры типовых оценочных средств

1. Примеры заданий для оценки практической подготовки - ситуационных задач

Задача № 1 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больной С., 36 л., жалуется на периодически возникающие загрудинные боли, периодически отрыжку с гнилостным привкусом и запахом. Данные жалобы появились около года назад и стали постепенно усиливаться и учащаться.

Из анамнеза жизни: не курит, часто не употребляет, питание нерегулярное, всухомятку.

Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный.

Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования
3. План лечения

Эталон ответа:

1. Ахалазия кардии.
2. ФГДС, рентгенография пищевода, компьютерная томография.
3. Выполнение специального эндоскопического вмешательства – баллонная пневмодилатация кардии.

Задача № 2 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Мужчина 69 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на отсутствие аппетита, снижение веса на 6 кг за 2 месяца, ноющие боли в верхнем отделе живота. Считает себя больным в течение 1.5 лет, когда впервые отметил снижение аппетита и появление дискомфорта в эпигастральной области. Обратился к терапевту за медицинской помощью. В клиническом анализе крови повышение СОЭ до 55 мм/час. В биохимическом анализе крови без отклонений. По данным ФГДС обнаружен язвенный дефект 1х1.5 см в теле желудка. Биопсия не взята. Терапевтом рекомендовано выполнение С13 дыхательного уреазного теста

(отрицательный). Назначен эзомепразол, альмагель с незначительным положительным ответом. Явное ухудшение отметил последние 2 месяца, когда отметил вышеописанные жалобы. При повторном визите к терапевту выполнено ФГДС, по результатам которого отмечается единичный язвенный дефект тела желудка 1.5х2 см. Биопсия не взята. С результатами ФГДС направлен к гастроэнтерологу. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 23.7 кг/м2. кожные покровы и видимые слизистые бледно-серого оттенка. Пульс 98 уд/мин., АД – 120/85 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Эталон ответа:

Пациент с подозрением на инфильтративно-язвенную форму рака тела желудка. Факторы риска: мужской пол, возраст, нетипичная локализация язвы. Показано выполнение рентгеноскопии желудка с бариевой взвесью, а также выполнение ФГДС с забором биопсии из краев язв. При наличии атипичных клеток необходимо консультация хирурга для решения вопроса о выборе хирургического вмешательства.

2. Примеры тестовых заданий с эталонами ответов

1. Клинические признаки наиболее часто сочетающихся с раком слепой кишки (ПК-5, ПК-6):
   1) кишечный дискомфорт
   2) кишечная непроходимость
   3) наличие пальпируемой опухоли
   4) анемия
   5) субфебрилитет
   Ответ: 4
2. Для начальной стадии рефлюкс-ззофагита наиболее типичным являются (ПК-5, ПК-6):
   1) диффузная гиперплазия и отек слизистой пищевода
   2) гиперемия и отек слизистой дистального отдела пищевода
   3) геморрагические изменения в слизистой
   4) зияние кардии
   5) эрозивно-язвенные дефекты слизистой
   Ответ: 2
3. Выберите основную причину дисфункции сфинктера Одди (ПК-5, ПК-6):
   1) нарушение функции вегетативной нервной системы
   2) операции на желудке
   3) снижение выработки мотилина
   4) холецистэктомия
   5) злоупотребление алкоголем
   Ответ: 4

3. Примеры контрольных вопросов с ответами.

1. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь: особенности клинической и инструментальной диагностики (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-11)

   Развернутый ответ:

   Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь (ГЭРБ) – это хроническое рецидивирующее заболевание, обусловленное нарушением моторно-эвакуаторной функции органов гастроэзофагеальной зоны и характеризующееся спонтанным или регулярно повторяющимся забрасыванием в пищевод желудочного или дуоденального содержимого, что приводит к

повреждению дистального отдела пищевода с развитием в нем функциональных нарушений и/или дистрофических изменений, катарального, эрозивного или язвенного эзофагита, а у части больных со временем — цилиндроклеточной (железистой) метаплазии (пищевода Баррета). Диагноз ГЭРБ является клиническим диагнозом, т.е. устанавливается на основании наличия характерных жалоб пациента: наличие изжоги и/или регургитации слабой интенсивности с частотой как минимум 2 раза в неделю и умеренные/выраженные симптомы с частотой хотя бы 1 раз в неделю. В рамках диагностического процесса всем пациентам с ГЭРБ необходимо выполнить фиброгастродуоденоскопию (ФГДС), в результате которой могут быть выявлены гиперемия и рыхлость слизистой оболочки пищевода (катаральный эзофагит), эрозии и язвы (эрозивный эзофагит различной степени тяжести, а также наличие экссудата, фибрина или признаков кровотечения. При этом отсутствие эндоскопических проявлений на фоне характерных жалоб не исключает диагноз ГЭРБ. При ФГДС также выполняется забор биоптатов из слизистой оболочки дистального отдела пищевода для исключения кишечной метаплазии (пищевода Баррета). Вспомогательным инструментальным методом являются суточная pH-метрия, которая позволяют количественно определить уровень pH в различных отделах пищевода и определить количество гастроэзофагеальных рефлюксов в сутки, а также и pH-импедансометрия, которая, помимо значения pH и числа рефлюксов, позволяет оценить тип рефлюксата – кислый, щелочной или смешанный.

2. Синдром раздраженного кишечника: клиническая симптоматика и медикаментозное лечение (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-11).

   Развернутый ответ:

   Синдром раздраженного кишечника (СРК) – хроническое функциональное заболевание кишечника, при котором в обязательном порядке возникает болевой абдоминальный синдром, связанный с дефекацией, изменением частоты или изменением характера стула. В зависимости от преобладания варианта нарушения стула выделяют СРК с запором, СРК с диареей и смешанный вариант СРК, вариант заболевания определяется на основании Бристольской шкалы формы стула. Медикаментозная терапия СРК является патогенетической и направлена на купирование болей в животе и устранение нарушений стула. Для купирования болевого синдрома используются спазмолитики и комбинированные препараты (мебеверин, тримебутин, алверин/симетикон, гиосцина бутилбромид, пинаверия бромид). Для устранения диареи используются кишечный антибиотик рифаксимин, пробиотики, смектит диоктаэдрический и лоперамид, который может использоваться только в режиме «по требованию». Для устранения запора используются осмотические слабительные (макрогол, лактулоза), и слабительные средства, стимулирующие моторику кишки, причем осмотические слабительные должны назначаться в первой линии терапии.

3. Дифференциальный диагноз при болевом абдоминальном синдроме в амбулаторных условиях (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5).

   Развернутый ответ:

   Для установления причины болей в животе при амбулаторном приеме пациента необходимо ориентироваться в первую очередь на характер и локализацию болей. Локализация эпицентра боли в целом отражает проекцию органов, вовлеченных в патологический процесс, но отраженная иррадиирущая боль представляет собой исключение из данного правила. Так, причиной боли в эпигастрии или «под ложечкой» могут быть патологические процессы со стороны желудка, желчевыводящих путей, поджелудочной железы. Боль в правом верхнем квадранте живота может быть следствием заболеваний дыхательной системы, а также билиарного тракта (желчного пузыря, сфинктера Одди), желудка, кишечника; боль в верхнем левом квадранте – следствием заболеваний поджелудочной железы, желудка, пищевода, толстой кишки. Боль в околопупочной области возникает при заболеваниях кишечника, желудка. Боль, локализованная в нижних отделах

живота и подвздошных областях, чаще связана с патологией кишечника. При оценке характера боли следует учитывать, что боль воспалительного генеза носит острый, постоянный, отчетливо локализованный характер. Боль ишемического типа постоянная, нарастающая по интенсивности. Ключевое место в объективном обследовании пациентов с абдоминальной болью занимает пальпация, которая подразделяется на поверхностную ориентировочную и глубокую (методическую, скользящую). Исследование органа, в проекции которого при поверхностной пальпации выявлена болезненность, проводят в последнюю очередь, чтобы избежать диффузной защитной реакции мышц брюшной стенки. В обязательном порядке необходимо исключить негастроэнтерологические причины болевого синдрома, такие как инфаркт миокарда нижней стенки левого желудочка, плеврит, почечную колику, гинекологические заболевания, неврологические заболевания.

11. Перечень учебной литературы, необходимой для подготовки к государственному экзамену

Основная литература:

1. Рак пищевода: диагностика и комплексное лечение / С. Ю. Дворецкий, Г. И. Синенченко, А. О. Иванцов [и др.]; под ред. С. Ф. Багненко. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 376 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970472217.html
2. Палевская, С. А. Эндоскопия желудочно-кишечного тракта / С. А. Палевская, А. Г. Короткевич. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2022. - 752 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477519.html
3. Маев, И. В. Болезни пищевода / Маев И. В., Бусарова Г. А., Андреев Д. Н. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 648 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970448748.html
4. Ших, Е. В. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь / под ред. Ших Е. В. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 160 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970450123.html
5. Маев, И. В. Тактика врача-гастроэнтеролога: практическое руководство / под ред. И. В. Маева. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 312 с. (Серия "Тактика врача"). - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970457603.html
6. Успенский Ю.П., Барышникова Н.В., Иванов С.В. Неотложные заболевания пищевода, желудка, двенадцатиперстной кишки // учебное пособие. - СПб: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022. – 39с. - Текст: непосредственный.
7. Горбачева И.А., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Барышникова Н.В. Лабораторные методы диагностики в гастроэнтерологии // учебное пособие 2-ое издание, испр. и доп. – СПб: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022. – 65с. - Текст: непосредственный.
8. Успенский Ю.П., Горбачева И.А., Иванов С.В., Гнутов А.А. Функциональная диспепсия, гиперсенситивный рефлюксный синдром и функциональная изжога // учебное пособие. СПб: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2021. – 41с. - Текст: непосредственный.
9. Антибиотик-ассоциированная диарея. Псевдомембранозный колит: учебно-методическое пособие / Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А, Горбачева И.А., [и др.]. – Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2021. - Текст: непосредственный.
10. Лабораторные методы диагностики в гастроэнтерологии: учебное пособие / Горбачева И.А., Успенский Ю.П., Фоминых Ю.А., Барышникова Н.В. – 2-ое издание, испр. и доп. – Санкт-Петербург: Издательство ПСПбГМУ им. акад. И.П. Павлова, 2022. – 65с. – Текст: непосредственный.
11. Clostridioides difficile (C. difficile) - ассоциированная болезнь. Клинические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека и Российской гастроэнтерологической ассоциации / Ивашкин В.Т., Ляшенко О.С., Алексеева О.П. [и др.]. - 2022. - 71 с. - Текст: непосредственный.
12. Диагностика и лечение синдрома раздраженного кишечника. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шелыгин Ю.А., [и др.]. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(5). - С. 74–95. – URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-74-95. - Текст: электронный.

13. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и Ассоциации колопроктологов России по диагностике и лечению взрослых больных дивертикулярной болезнью ободочной кишки / В.Т. Ивашкин, Ю.А. Шелыгин, С.И. Ачкасов, [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2016. - № 26(5). - С. 56-65. - – URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2016-5-56-65. - Текст: электронный.
14. Практические рекомендации Научного сообщества по содействию клиническому изучению микробиома человека (НСОИМ) и Российской гастроэнтерологической ассоциации (РГА) по применению пробиотиков для лечения и профилактики заболеваний гастроэнтерологического профиля у взрослых / Ивашкин В.Т., Маев И. В., Абдулганиева Д. И., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(2). - С. 76–89. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-2-76-89. - Текст: электронный.
15. Клинические рекомендации «Хронические диареи у взрослых» / Лазебник Л. Б., Сарсенбаева А. С., Авалуева Е. Б., [и др.]. // Экспериментальная и клиническая гастроэнтерология. - 2021. - № 188(4). - С. 7–67. – URL: DOI: 10.31146/1682-8658-ecg-188-4-7-67. - Текст: электронный.
16. Клинические рекомендации. Болезнь Крона (К50), взрослые / Шелыгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Ачкасов С.И [и др.] // Колопроктология. - 2023. - № 22(3). - С. 10-49. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-3-10-49. - Текст: электронный.
17. Язвенный колит (К51), взрослые / Шелыгин Ю.А., Ивашкин В.Т., Белоусова Е.А. [и др.] // Колопроктология. - 2023. - № 22(1). - С. 10-44. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-10-44. - Текст: электронный.
18. Успенский Ю.П. Возможности применения месалазина ММХ в терапии язвенного колита в рутинной амбулаторной практике / Успенский Ю.П., Иванов С.В., Фоминых Ю.А. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(6). - С. 7-15. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-6-7-15. - Текст: электронный.
19. Шептулин А.А. Диагностические возможности определения уровня фекального кальпротектина в клинической практике / Шептулин А.А., Кардашева С.С., Курбатова А.А. // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2022. - № 32(6). - С. 53-59. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-6-53-59. - Текст: электронный.
20. Современные подходы в морфологической диагностике воспалительных заболеваний кишечника / Тертычный А.С., Ахриева Х.М., Коган Е.А. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2022. - № 32(2). - С. 73-84. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2022-32-2-73-84. - Текст: электронный.
21. Диагностический алгоритм при болях в суставах у пациентов с воспалительными заболеваниями кишечника / Долгушина А.И., Хусаинова Г.М., Несмеянова О.Б. [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(5). - С. 51-60. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-5-51-60. - Текст: электронный.

Дополнительная литература:

1. Давыдкин, И. Л. Поликлиническая терапия: учебник / под ред. Давыдкина И. Л., Щукина Ю. В. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - 840 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455456.html
2. Ивашкин, В. Т. Справочник по инструментальным исследованиям и вмешательствам в гастроэнтерологии / В. Т. Ивашкин, И. В. Маев, А. С. Трухманов - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 560 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970430927.html
3. Внутренние болезни: учебник / Маколкин В. И., Овчаренко С. И., Сулимов В. А. - 6-е изд., перераб. и доп. Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970441572.html
4. Маев И.В., Болезни желудка / И.В. Маев, А.А. Самсонов, Д.Н. Андреев - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 976 с. - Текст: электронный // URL:
5. Маев, И. В. Инфекция Helicobacter pylori: [монография] / И. В. Маев, А. А. Самсонов, Д. Н. Андреев. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2017. - 256 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970442814.html
6. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html
7. Практические рекомендации для терапевтов по избранным вопросам гастроэнтерологии (редакция от 26.10.2020), утвержденные Первым заместителем Председателя Комитета по

здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. - Санкт-Петербург: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2020. – 213 с. – Текст: непосредственный.
8. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации «Эндоскопическое общество РЭНДО» по диагностике и лечению гастрита, дуоденита / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2021. - № 31(4). - С. 70–99. - URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2021-31-4-70-99. – Текст: электронный.
9. Диагностика и лечение язвенной болезни у взрослых (Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации, Российского общества колоректальных хирургов и Российского эндоскопического общества) / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Царьков П.В., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(1). - С. 49–70. – URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2020-30-1-49-70. – Текст: электронный.
10. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекции Helicobacter pylori у взрослых / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Лапина Т.Л., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2018. - № 28 (1). - С. 55-70. – URL: https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/218/191. – Текст: электронный.
11. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению инфекционного эзофагита / Ивашкин В.Т., Ющук Н.Д., Маев И.В., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(5). - С. 63–83. – URL: https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/511/356. – Текст: электронный.
12. Рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению гастроэзофагеальной рефлюксной болезни / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2020. - № 30(4). - С. 70–97. – URL: https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/513. – Текст: электронный.
13. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению функциональной диспепсии / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Шептулин А.А., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2017. - № 27(1). - С. 50-61. – URL:https://www.gastro-j.ru/jour/article/view/123/98.– Текст: электронный.
14. Клинические рекомендации российской гастроэнтерологической ассоциации по диагностике и лечению эозинофильного эзофагита / Ивашкин В.Т., Маев И.В., Трухманов А.С., [и др.] // Российский журнал гастроэнтерологии, гепатологии, колопроктологии. - 2018. - № 28(6). - С. 84–98. – URL: https://doi.org/10.22416/1382-4376-2018-28-6-84-98. – Текст: электронный.
15. Фоминых Ю.А. Нарушение микробиоты кишечника у больных целиакией взрослых / Фоминых Ю.А. // University Therapeutic Journal. - 2021. - № 3(4). - С. 28-39. - URL: https://gpmu.org/userfiles/file/journals/utj/2021_4_University_therapeutic_journal_RGB.pdf. - Текст: непосредственный.
16. Циммерман, Я. С. Гастроэнтерология: руководство / Я. С. Циммерман. - 2-е изд., перераб. и доп. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2015. - 816 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970432730.html. - Текст: электронный.
17. Практические рекомендации для терапевтов по избранным вопросам гастроэнтерологии (редакция от 26.10.2020), утвержденные Первым заместителем Председателя Комитета по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. - Санкт-Петербург: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2020. – 213 с. – Текст: непосредственный.
18. Прогноз ВЗК: риск ургентных хирургических осложнений: методические рекомендации / Успенский Ю.П., Иванов С.В., Фоминых Ю.А. [и др.] – Санкт-Петербург: Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга, 2023 – 25 с. – Текст: непосредственный.
19. Ахмедов, В. А. Заболевания желудочно-кишечного тракта у беременных / В. А. Ахмедов, М. А. Ливзан - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2016. - 128 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970438398.html. - Текст: электронный.
20. Синдром раздраженного кишечника у беременных женщин: учебное пособие / Пустотина О.А., Остроменский В.В., Дикке Г.Б. [и др.]. – Москва: Издательство МАИ, 2021. – 32 с. – Текст: непосредственный.
21. Язвенный колит. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России / Абдулганиева Д. И., Алексеева О. П., Ачкасов С.И., [и др.]. - 2020. - 56с. - Текст: непосредственный.

22. Болезнь Крона. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологической ассоциации и ассоциации колопроктологов России / Абдулганиева Д. И., Алексеева О. П., Ачкасов С.И., [и др.]. - 2020. - 47с. - Текст: непосредственный.
23. Запор. Клинические рекомендации Российской гастроэнтерологическо й ассоциации и ассоциации колопроктологов России / Алешин Д.В., Ачкасов С.И., Баранская Е.К. [и др.]. - 2020. - С. 26. - Текст: непосредственный.
24. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей / под ред. Е. В. Ших, В. Н. Дроздова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 464 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477021.html. - Текст: электронный.
25. Мельникова, И. Ю. Детская гастроэнтерология / под ред. Мельниковой И. Ю. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 480 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451755.html. - Текст: электронный.
26. Прогнозирование развития ургентных жизнеугрожающих хирургических осложнений воспалительных заболеваний кишечника (болезнь Крона, язвенный колит) на основании искусственного интеллекта с использованием специализированной компьютерной программы «Прогноз ВЗК: риск ургентных хирургических осложнений»: Методические рекомендации / Ю. П. Успенский, С. В. Иванов, Ю. А. Фоминых [и др.]; Комитет по здравоохранению Правительства Санкт-Петербурга. – Санкт-Петербург: ООО "Цифровая Типография Процвет", 2023. – 25 с. – EDN NYFDNR. - Текст: непосредственный.
27. Затевахин, И. И. Абдоминальная хирургия. Национальное руководство: краткое издание / под ред. И. И. Затевахина, А. И. Кириенко, В. А. Кубышкина. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2021. - 912 с.: ил. - (Серия "Национальные руководства"). - 912 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970466315.html. - Текст: электронный.
28. Фармакотерапия заболеваний желудочно-кишечного тракта: руководство для врачей / под ред. Е. В. Ших, В. Н. Дроздова. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2023. - 464 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970477021.html. - Текст: электронный.
29. Заболевания кишечника в детском возрасте: руководство для врачей / Запруднов А. М., Харитонова Л. А., Григорьев К. И., Дронов А. Ф. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2018. - 488 с. - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970446164.html. - Текст: электронный.
30. Мельникова, И. Ю. Детская гастроэнтерология / под ред. Мельниковой И. Ю. - Москва: ГЭОТАР-Медиа, 2019. - 480 с. (Серия "Библиотека врача-специалиста"). - URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970451755.html. - Текст: электронный.
31. Перианальные свищи при болезни Крона (обзор литературы). / Аносов И.С., Нанаева Б.А., Варданян А.В., Захаров М.А. // Колопроктология. - 2023. - № 22(1). - С. 128-137. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-128-137. - Текст: электронный.
32. Гранулематозные заболевания кишечника: болезнь Крона и туберкулез. Сложности дифференциальной диагностики (клиническое наблюдение и обзор литературы) / Варданян А.В., Меркулова Е.С., Белинская В.А. [и др.] // Колопроктология. - 2023. - № 22(1). - С. 117-127. - URL: https://doi.org/10.33878/2073-7556-2023-22-1-117-127. - Текст: электронный.
33. Эндоскопическая диагностика дисплазии эпителия толстой кишки у пациентов с длительным анамнезом язвенного колита / Архипова О.В., Скридлевский С.Н., Веселов В.В., Майновская О.А. // Колопроктология. - 2020. - № 19(1). - С. 37-50. - URL:https://doi.org/10.33878/2073-7556-2020-19-1-37-50. - Текст: электронный.
34. Особенности осложненного течения и внекишечных проявлений воспалительных заболеваний кишечника / Ю. П. Успенский, С. В. Иванов, Ю. А. Фоминых [и др.] // University Therapeutic Journal. – 2023. – Т. 5. – № 2. – С. 68-83. –. - URL: DOI 10.56871/UTJ.2023.72.18.006. - Текст: электронный.

Характеристика информационно-образовательной среды:

Профессиональные базы данных, используемые для подготовки к сдаче государственного экзамена:

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/

Ресурсы информационно-телекоммуникационной сети «Интернет», необходимые для подготовки к сдаче государственного экзамена:

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)
КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (https://cyberleninka.ru)
Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)

12. Материально-техническое обеспечение

Центр Алмазова располагает материально-технической базой, которая соответствует действующим противопожарным правилам и нормам и обеспечивает проведение всех видов дисциплинарной и междисциплинарной подготовки, практической работы обучающихся, предусмотренной учебным планом.

Необходимый для реализации программы аспирантуры перечень материально-технического и учебно-методического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованные специализированной мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочим учебным программам дисциплин;
- 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 в электронную информационно-образовательную среду организации.

13. Кадровое обеспечение

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих реализацию подготовки обучающихся по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Нормативные документы:

1. Приказ Минздравсоцразвития России от 15.05.2012 № 543н «Об утверждении положения об организации оказания первичной медико-санитарной помощи взрослому населению».

2. Приказ Минздрава России от 15 декабря 2014 г. № 834н «Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».
3. Приказ от 2 ноября 2020 г. N 1186н «О внесении изменений в приказ министерства здравоохранения российской федерации от 15 декабря 2014 г. N 834н "Об утверждении унифицированных форм медицинской документации, используемых в медицинских организациях, оказывающих медицинскую помощь в амбулаторных условиях, и порядков по их заполнению».
4. Приказ от 27 апреля 2021 г. N 404н «Об утверждении порядка проведения профилактического медицинского осмотра и диспансеризации определенных групп взрослого населения».
5. Приказ Минздрава России от 23 августа 2016 г. №625н «Об утверждении порядка проведения экспертизы временной нетрудоспособности».

13. Аттестации для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья

Для обучающихся из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья государственная итоговая аттестация проводится с учетом особенностей их психофизического развития, их индивидуальных возможностей и состояния здоровья (далее – индивидуальные особенности).

При проведении государственной итоговой аттестации обеспечивается соблюдение следующих общих требований:

- проведение государственной итоговой аттестации для инвалидов в одной аудитории совместно с обучающимися, не являющимися инвалидами, если это не создает трудностей для инвалидов и иных обучающихся при прохождении государственной итоговой аттестации;
- присутствие в аудитории ассистента (ассистентов), оказывающего обучающимся инвалидам необходимую техническую помощь с учетом их индивидуальных особенностей (занять рабочее место, передвигаться, прочитать и оформить задание, общаться с членами государственной экзаменационной комиссии);
- пользование необходимыми обучающимся инвалидам техническими средствами при прохождении государственной итоговой аттестации с учетом их индивидуальных особенностей;
- обеспечение возможности беспрепятственного доступа обучающихся инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья 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).

Все локальные нормативные акты Центра Алмазова по вопросам проведения государственной итоговой аттестации доводятся до сведения обучающихся инвалидов в доступной для них форме.

По письменному заявлению обучающегося из числа инвалидов и лиц с ограниченными возможностями здоровья продолжительность сдачи государственного аттестационного испытания может быть увеличена по отношению к установленной продолжительности его сдачи:

- продолжительность сдачи государственного экзамена, проводимого в письменной форме, - не более чем на 90 минут;
- продолжительность подготовки обучающегося к ответу на государственном экзамене, проводимом в устной форме или в форме тестирования - не более чем на 20 минут.

В зависимости от индивидуальных особенностей, обучающихся с ограниченными

возможностями здоровья Центр Алмазова обеспечивает выполнение следующих требований при проведении государственного аттестационного испытания:

а) для слабовидящих:

- задания и иные материалы для сдачи государственного аттестационного испытания оформляются увеличенным шрифтом;
- обеспечивается индивидуальное равномерное освещение не менее 300 люкс;
- при необходимости обучающимся предоставляется увеличивающее устройство, допускается использование увеличивающих устройств, имеющихся у обучающихся;

б) для глухих и слабослышащих, с тяжелыми нарушениями речи:

- обеспечивается наличие звукоусиливающей аппаратуры коллективного пользования, при необходимости обучающимся предоставляется звукоусиливающая аппаратура индивидуального пользования;
- по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в письменной форме;

в) для лиц с нарушениями опорно-двигательного аппарата (тяжелыми нарушениями двигательных функций верхних конечностей или отсутствием верхних конечностей):

- письменные задания выполняются обучающимися на компьютере со специализированным программным обеспечением или надиктовываются ассистенту;
- по их желанию государственные аттестационные испытания проводятся в устной форме.

Обучающийся, из числа инвалидов, не позднее, чем за 3 месяца до начала проведения государственной итоговой аттестации подает письменное заявление о необходимости создания для него специальных условий при проведении государственных аттестационных испытаний с указанием его индивидуальных особенностей. К заявлению прилагаются документы, подтверждающие наличие у обучающегося индивидуальных особенностей (при отсутствии указанных документов в личном деле обучающегося).

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).

14. Порядок подачи и рассмотрения апелляций

По результатам государственных аттестационных испытаний обучающийся имеет право на апелляцию. Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается лично обучающимся в апелляционную комиссию не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Для рассмотрения апелляции секретарь государственной экзаменационной комиссии направляет в апелляционную комиссию протокол заседания государственной экзаменационной комиссии, заключение председателя государственной экзаменационной комиссии о соблюдении процедурных вопросов при проведении государственного аттестационного испытания, а также письменные ответы обучающегося (при их наличии) (для рассмотрения апелляции по проведению государственного экзамена) либо выпускную квалификационную работу, отзыв и рецензию (рецензии) (для рассмотрения апелляции по проведению защиты выпускной квалификационной работы).

Апелляция не позднее 2 рабочих дней со дня ее подачи рассматривается на заседании апелляционной комиссии, на которое приглашаются председатель государственной экзаменационной комиссии и обучающийся, подавший апелляцию. Заседание

апелляционной комиссии может проводиться в отсутствие обучающегося, подавшего апелляцию, в случае его неявки на заседание апелляционной комиссии.

Решение апелляционной комиссии доводится до сведения обучающегося, подавшего апелляцию, в течение 3 рабочих дней со дня заседания апелляционной комиссии. Факт ознакомления обучающегося, подавшего апелляцию, с решением апелляционной комиссии удостоверяется подписью обучающегося.

При рассмотрении апелляции о нарушении процедуры проведения государственного аттестационного испытания 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.

В случае если апелляция удовлетворяется, результат проведения государственного аттестационного испытания подлежит аннулированию, в связи с чем протокол о рассмотрении апелляции не позднее следующего рабочего дня передается в государственную экзаменационную комиссию для реализации решения апелляционной комиссии. Обучающемуся предоставляется возможность пройти государственное аттестационное испытание в сроки, установленные образовательной организацией.

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 государственную экзаменационную комиссию. Решение апелляционной комиссии является основанием для аннулирования ранее выставленного результата государственного экзамена и выставления нового.

Решение апелляционной комиссии является окончательным и пересмотру не подлежит.

Повторное проведение государственного аттестационного испытания обучающегося, подавшего апелляцию, осуществляется в присутствии председателя или одного из членов апелляционной комиссии не позднее даты завершения обучения в организации в соответствии со стандартом.

Апелляция на повторное проведение государственного аттестационного испытания не принимается.

Обучающийся имеет право подать в апелляционную комиссию письменную апелляцию о нарушении, по его мнению, установленной процедуры проведения государственного аттестационного испытания и (или) несогласии с результатами государственного экзамена.

Апелляция подается обучающимся, в том числе в электронной форме (подписанная апелляция на бумажном носителе, преобразованная в электронную форму путем сканирования или фотографирования с обеспечением машиночитаемого распознавания ее текста), через личный кабинет в СДО MOODLE в раздел «ГИА – Апелляционная комиссия» не позднее следующего рабочего дня после объявления результатов государственного аттестационного испытания.

Приложение № 1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
К ПРОГРАММЕ ГОСУДАРСТВЕННОЙ ИТОГОВОЙ АТТЕСТАЦИИ

Специальность **31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация выпускника: **«Врач-гастроэнтеролог»**
Форма обучения: **очная**
Срок освоения ОПОП: **2 года**

Санкт-Петербург
2023

ПАСПОРТ ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ

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

- Универсальные: УК-1, УК-2, УК-3
- Профессиональные: ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
1.	УК-1	готовность к абстрактному мышлению, анализу, синтезу	- методы формальной логики	- самостоятельно формулировать выводы на основе поставленной цели исследования, полученных результатов и оценки погрешностей; - прослеживать возможности использования результатов исследования и применения изучаемого вопроса в профилактике заболеваний и патологии; - собирать, анализировать и статистически и логически обрабатывать информацию	- способностью формулировать и оценивать гипотезы
2.	УК-2	готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	- основы медицинской психологии; - психологию личности (основные теории личности, темперамент, эмоции, мотивация, воля, способности человека); - основы возрастной психологии и психологии развития; основы социальной психологии (социальное мышление, социальное влияние, социальные отношения); - определение понятий «этика», «деонтология», «медицинская деонтология», «ятрогенные заболевания», риск возникновения ятрогенных заболеваний в гастроэнтерологической практике; факторы, способствующие возникновению и развитию ятрогенных заболеваний; характер клинического проявления ятрогенных заболеваний; прогноз ятрогенных	- бережно относиться к историческому наследию и культурным традициям народа, уважать социальные, культурные и религиозные различия; брать на себя ответственность за работу подчиненных членов команды и результат выполнения заданий; - принимать решения в стандартных и нестандартных ситуациях и нести за них ответственность; - работать в коллективе и команде, эффективно общаться с коллегами, руководством, пациентами; - соблюдать этические и деонтологические нормы	- способностью четко и ясно изложить свою позицию при обсуждении различных ситуаций; - навыками управления коллективом, ведения переговоров и межличностных бесед; - способностью и готовностью реализовать этические и деонтологические аспекты врачебной деятельности в общении с коллегами, средним и младшим персоналом, пациентами и их родственниками.

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			заболеваний.		
3.	УК-3	готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	- понимать сущность и социальную значимость будущей профессии, проявлять к ней устойчивый интерес.	- использовать информационно-коммуникационные технологии в профессиональной деятельности; организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество; - ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности; самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации; подготовить необходимую документацию в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории; - проводить научные исследования по полученной специальности	- поиском и использованием информации, необходимой для эффективного выполнения профессиональных задач, профессионального и личностного развития
4.	ПК-1	готовность к осуществлению комплекса мероприятий, направленных на сохранение и укрепление здоровья и включающих в себя формирование здорового образа жизни, предупреждение возникновения и (или) распространения заболеваний, их раннюю диагностику, выявление причин и условий их возникновения и развития, а также направленных на устранение вредного влияния на здоровье	- организацию гастроэнтерологической помощи в Российской Федерации; - основные направления развития современной гастроэнтерологии; - основные этапы развития гастроэнтерологии, представителей гастроэнтерологических школ; - эпидемиологию и социальную значимость гастроэнтерологических заболеваний - факторы риска возникновения гастроэнтерологических заболеваний с учетом возрастно-половых групп. - первичную и	- выделять группы риска по развитию основных гастроэнтерологических заболеваний среди населения; - дать рекомендации по первичной и вторичной профилактике основных гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых; - проводить раннюю диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - проводить санитарно-просветительскую работу среди населения разных возрастных групп, направленную на формирование здорового образа жизни и предупреждение возникновения и (или)	- методикой клинического исследования органов пищеварительной системы; - методами ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
		человека факторов среды его обитания	вторичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых. - этиологию и патогенез гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых. - принципы формирования здорового образа жизни - вопросы ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний, включая редкие - методы и принципы санитарно-просветительской работы среди населения	распространения заболеваний	
5.	ПК-2	готовность к проведению профилактических медицинских осмотров, диспансеризации и осуществлению диспансерного наблюдения за здоровыми и хроническими больными	- информацию о распространенности и частоте встречаемости основных групп гастроэнтерологических заболеваний в Российской Федерации; - факторы риска и начальные клинические проявления гастроэнтерологических заболеваний; - возможности ранней диагностики гастроэнтерологических заболеваний; - варианты течения хронических гастроэнтерологических заболеваний; - принципы диспансерного наблюдения за пациентами с гастроэнтерологическими заболеваниями (кратность осмотров, перечень диагностических исследований, необходимость реабилитационных мероприятий); - первичную профилактику гастроэнтерологических заболеваний; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний	- интерпретировать информацию, полученную при клиническом и дополнительных методах исследования здорового населения разных возрастных групп; - назначить мероприятия первичной профилактики группам населения, подлежащим прохождению профилактических осмотров и диспансерному наблюдению; - дать рекомендации пациенту и лечащему врачу по дальнейшей тактике ведения пациента	- практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком пропаганды здорового образа жизни и мероприятий по первичной профилактике гастроэнтерологических заболеваний; - навыком оформления медицинской документации с использованием современных технологических возможностей для архивирования, передачи и хранения информации
6.	ПК-3	готовность к проведению	- знать перечень проведению	- организовывать и проводить	- принципами организации и проведения

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
		противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	противоэпидемических мероприятий, принципы организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	противоэпидемические мероприятия по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	противоэпидемических мероприятии по защите населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях
7.	ПК-4	готовность к применению социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- принципы социально-гигиенических методик сбора и медико-статистического анализа информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- проводить социально-гигиенический анализ информации о показателях здоровья взрослых и подростков	- методиками проведения социально-гигиенического анализа и принципами анализа полученной информации и анализа о показателях здоровья взрослых и подростков
8.	ПК-5	готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	- анатомию, физиологию пищеварительной системы в норме и при патологических состояниях; - клиническую диагностику гастроэнтерологических заболеваний; - стандартный алгоритм и особенности проведения опроса пациента с гастроэнтерологическим заболеванием; - жалобы, характерные для гастроэнтерологических заболеваний; - этиологию, патогенез, классификации, клиническую картину, методы диагностики, дифференциальный диагноз гастроэнтерологических заболеваний; - МКБ-10; формулировки диагнозов гастроэнтерологических заболеваний; - лабораторные и инструментальные диагностические методы (лучевые и другие визуализационные, ультразвуковые методы), их	- собрать анамнез и получить информацию о заболевании (опросить пациента, родственников, работать с медицинской документацией); - применить объективные методы исследования пациента; - выделить ведущие гастроэнтерологические синдромы и поставить предварительный диагноз; - поставить и обосновать клинический диагноз; - пользоваться МКБ-10 для постановки клинического диагноза; - определить необходимость дополнительных методов исследования, интерпретировать полученные данные; - провести дифференциальную диагностику гастроэнтерологического заболевания; - оценить тяжесть состояния больного по клиническому и дополнительным методам исследования, оценить динамику гастроэнтерологической симптоматики во времени	- методикой сбора анамнеза у гастроэнтерологического больного; - практическими навыками клинического исследования пациента; - навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей; - навыком интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других визуализационных, ультразвуковых) методов исследования

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			информативность, показания и противопоказания к использованию при гастроэнтерологических заболеваний у детей и взрослых		
9.	ПК-6	готовность к ведению и лечению пациентов, нуждающихся в оказании гастроэнтерологической медицинской помощи	- общие вопросы организации гастроэнтерологической помощи в РФ, и связанными с ней вопросами организации работы скорой и неотложной помощи; - организацию помощи пациентам с гастроэнтерологическими заболеваниями - показания к различным формам оказания гастроэнтерологической помощи и тактики ведения пациентов: экстренной и плановой госпитализации, амбулаторного лечения, реабилитации; - различные способы лечения гастроэнтерологических заболеваний: этиотропное, патогенетическое, симптоматическое, паллиативное; - современные стандарты лечения гастроэнтерологических заболеваний и синдромов с позиций доказательной медицины и с учетом индивидуального подхода к пациенту; - основы фармакотерапии гастроэнтерологических заболеваний (показания, противопоказания, сочетания и комбинации препаратов), применение медикаментозного лечения у пациентов разных возрастных групп (особенности использования в детском возрасте и гериатрии); - современные возможности прогнозирования	- выбрать тактику ведения пациента, в зависимости от его состояния, необходимости и целесообразности в конкретный временной период (экстренная и плановая госпитализация, амбулаторное лечение); - определить наличие нетрудоспособности пациента; - назначить лечение пациенту на основе стандартов оказания помощи при гастроэнтерологических заболеваниях с учетом возраста и индивидуальных особенностей пациента; - оценить динамику течения заболевания, внести коррективы в лечебную тактику; - прогнозировать течение и исход заболевания; - информировать пациента о возможностях лечения, наличии противопоказаний, прогнозе заболевания на основе принципов этики и деонтологии	- методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам гастроэнтерологического профиля

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			индивидуальных реакций и чувствительности организма при использовании фармакологических препаратов; - хирургические методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (показания и противопоказания); - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов		
10.	ПК-7	готовность к оказанию медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- знать принципы к оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- уметь организовать обеспечение медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации	- навыками оказания медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе участию в медицинской эвакуации
11.	ПК-8	готовность к применению природных лечебных факторов, лекарственной, немедикаментозной терапии и других методов у пациентов, нуждающихся в медицинской реабилитации и санаторно-курортном лечении	- эпидемиологию гастроэнтерологических заболеваний, имеющих исход в инвалидизацию; - прогноз и исходы гастроэнтерологических заболеваний; - методы реабилитации (ранние и поздние) гастроэнтерологических заболеваний; - немедикаментозные методы лечения гастроэнтерологических заболеваний (физиотерапия, лечебная физкультура, рефлексотерапия, диетотерапия, санаторно-курортное лечение), показания, противопоказания, эффективность, сравнительные характеристики, возможности сочетания различных методов	- определить реабилитационную программу пациенту с гастроэнтерологическим с учетом возраста, потребностей пациента, прогнозируемого результата и экономической целесообразности	- навыком ведения медицинской документации и ее оформления на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
12.	ПК-9	готовность к формированию у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- принципы формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- формировать у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих	- владеть принципами формирования у населения, пациентов и членов их семей мотивации, направленной на сохранение и укрепление своего здоровья и здоровья окружающих
13.	ПК-10	готовность к применению основных принципов организации и управления в сфере охраны здоровья граждан, в медицинских организациях и их структурных подразделениях	- Законодательство Российской Федерации, - Локальные номенклатурные акты учреждения, - принципы организации гастроэнтерологическо й помощи	- организовать работу гастроэнтерологического отделения и смежных специалистов; - организовать документооборот гастроэнтерологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов	- применением законов и положений в сфере организации гастроэнтерологической помощи; навыками оформления медицинской документации пациента; - навыками оформления отчетной и организационной документации гастроэнтерологической клиники в рамках амбулаторного приема и стационарного лечения пациентов
14.	ПК-11	готовность к участию в оценке качества оказания медицинской помощи с использованием основных медико-статистических показателей	- Конституцию Российской Федерации, законы и иные нормативные правовые акты Российской Федерации в сфере здравоохранения, защиты прав потребителей и санитарно-эпидемиологического благополучия населения; - методики исследования здоровья населения с целью его сохранения, укрепления и восстановления; - вопросы организации медицинской помощи населению; - статистику состояния здоровья населения; - критерии оценки показателей, характеризующих состояние здоровья населения; - организацию экспертизы качества медицинской помощи; - вопросы экспертизы временной нетрудоспособности; - основы менеджмента; - основы страховой	Применять методики изучения состояния здоровья населения; - анализировать деятельность (организацию, качество и эффективность) организаций здравоохранения; - использовать информацию о состоянии здоровья населения и деятельности лечебно-профилактических учреждений для предложения мероприятий при разработке и реализации программ и проектов, направленных на улучшение здоровья населения на основе прогнозирования и научной превенции.	- навыком ведения медицинской документации, оформления медицинской документации пациента на основе проведенного осмотра, интерпретации данных дополнительных методов исследования, с использованием современных технологических возможностей; - навыком интерпретации результатов дополнительных лабораторных и инструментальных диагностических (лучевых и других визуализационных, ультразвуковых) методов исследования; - методами оказания плановой и неотложной помощи пациентам гастроэнтерологического профиля

№ п/п	Номер/ индекс компетенции	Содержание компетенции	В результате освоения программы ординатуры обучающиеся должны:		
			Знать	Уметь	Владеть
			медицины.		
15.	ПК-12	готовность к организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	- основы и основные этапы организации медицинской помощи при чрезвычайных ситуациях, в том числе медицинской эвакуации	- организовать медицинскую помощь и эвакуацию при чрезвычайных ситуациях	- основными подходами и алгоритмами практических действий для оказания и организации эффективной медицинской помощи и эвакуации при чрезвычайных ситуациях

2. Этапы проведения государственной итоговой аттестации

Этапы ГИА	Коды контролируемых компетенций	Наименование оценочных средств*
1 этап - Тестирование	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6	ТЗ
2 этап - Демонстрация практических умений и навыков	УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-7	ПН
3 этап - Собеседование	УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11, ПК-12	КВ, СЗ

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

Критерии уровня освоения теоретической подготовки и практических умений обоснованы в рабочей программе государственной итоговой аттестации.

3. Итоговая оценка выпускника по результатам поэтапного экзамена государственной итоговой аттестации

1 этап	**2 этапа**	**3 этап**	**Итоговая оценка аттестации**
Тестирование	Демонстрация практических умений и навыков	Собеседование	Выставляется с учетом результатов всех этапов экзамена.

Критерии оценки результатов экзамена

Показатель оценивания результатов освоения образовательной программы	Критерий			
	Отлично	Хорошо	Удовлетворительно	Неудовлетворительно
Тестирование (оценка уровня теоретической подготовленности по тестам)	90-100%	80-89 %	70-79 %	До 70%
Демонстрация практических умений и навыков (оценка уровня освоения практических умений и навыков)	Обучающийся демонстрирует глубокие знания и умения в вопросах сбора анамнеза, правильно и последовательно проводит клиническое обследование ребенка, интерпретирует	Обучающийся демонстрирует хорошие знания и умения в вопросах сбора анамнеза; правильно и последовательно проводит клиническое обследование	При сборе анамнеза ординатор не выделяет основные моменты, необходимые для правильной диагностики; проводит клиническое обследование, не	Обучающийся демонстрирует отсутствие умений в сборе анамнеза, проведении клинического осмотра. Не знает методик оценки состояния пациентов.

	данные дополнительного обследования, формулирует клинический диагноз и составляет план лечения, демонстрируя знания вопросов клинической фармакологии, с алгоритмом.	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.	соблюдая последовательности осмотра по системам; испытывает затруднения в интерпретации данных дополнительного обследования, а также в обосновании диагноза и особенностях фармакотерапии у пациентов	Не может интерпретировать и анализировать дополнительную информацию для оценки состояния ребенка. Не может сформулировать клинический диагноз с учётом МКБ.
Собеседование (Оценка уровня 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 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	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 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

КОНТРОЛЬНЫЕ ВОПРОСЫ

1. Строение и функции пищевода. Методы исследования пищевода. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
2. Ахалазия кардии. Этиология. Морфология. Патогенез. Классификация. Клиническая картина, диагноз, осложнения. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
3. Гастроэзофагеальная рефлюксная болезнь. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Диагностика. Классификация. Течение и осложнения. Лечение. Показания к хирургическому лечению. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
4. Пептическая язва пищевода. Эрозия пищевода. Синдром Баррета. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение и осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
5. Грыжи пищеводного отверстия диафрагмы. Этиология и патогенез. Классификация. Клиническая картина. Диагностика. Осложнения. Дифференциальная диагностика. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
6. Эзофагеальная обструкция (сужение пищевода). Компрессия пищевода. Констрикция пищевода. Стеноз пищевода. Стриктура пищевода. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
7. Дискинезии пищевода. Пищевод щелкунчика. Диффузный эзофагоспазм. Кардиоспазм. Гипомоторные дискинезии. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
8. Дивертикул пищевода. Пищеводный карман. Классификация. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
9. Гастро-эзофагеальный разрывно-геморрагический синдром. Синдром Меллори-Вейсса. Этиология. Патогенез. Клиника. Течение. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
10. Инфекционные и лекарственные эзофагиты. Этиология. Патогенез. Клинические синдромы. Диагностика. Принципы терапии. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
11. Дифференциальный диагноз при дисфагии. Программа обследования больных с дисфагией. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
12. Строение и функции желудка и двенадцатиперстной кишки. Методы исследования желудка и двенадцатиперстной кишки. Диагностика Helicobacter pylori. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
13. Функциональная желудочная диспепсия. Определение понятия. Клинические варианты неязвенной диспепсии. Дифференциальный диагноз. Особенности лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
14. Язвенная болезнь желудка и двенадцатиперстной кишки (ДПК). Эрозия желудка и ДПК. Язва пептическая: пилорического канала, медиогастральная. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Патологическая анатомия. Клинические варианты течения.

Осложнения. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

15. Осложнения язвенной болезни. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9)
16. Синдром Золингера-Эллисона. Этиология, патогенез. Особенности клиники, диагностики. Дифференциальный диагноз. Медикаментозное лечение. Оперативное лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
17. Гастрит и дуоденит острый и хронический. Хронический поверхностный гастрит. Этиология и патогенез. Клиника, диагностика и лечение. Хронический атрофический гастрит. Желудочная атрофия. Этиология и патогенез. Особенности клиники, диагностики и лечения. Дуоденит, острый и хронический. Этиология. Клиника. Диагностика. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
18. Дивертикулы желудка и двенадцатиперстной кишки. Клинические проявления. Диагностика. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
19. Строение и функции тонкой и толстой кишки. Методы исследования тонкой и толстой кишки. Лабораторные методы. Копрологические синдромы. Диагностические тесты. Инструментальные методы диагностики. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
20. Синдром мальабсорбции и мальдигестии. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. Глютеновая энтеропатия. Болезнь Уиппла. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
21. Дифференциальный диагноз при диарее. Энтеральный и колитический синдром. Алгоритм диагностики при диарее. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
22. Дифференциальный диагноз при запоре. Классификация запоров. Патегенетические факторы развития. Профилактика. Особенности применения различных групп препаратов. Диетолечение. Очистительные клизмы. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
23. Карциноидный синдром. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
24. Воспалительные заболевания кишечника. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
25. Заболевания прямой кишки и ануса. Проктит. Проктосигмоидит. Геморрой. Трещины анального канала. Клиническая симптоматика. Течение. Осложнения. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
26. Дивертикулярная болезнь кишечника. Течение. Осложнения. Диагностика. Консервативная терапия. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
27. Псевдомембранозный колит. Этиология. Патогенез. Клинические признаки. Принципы диагностики, терапии и профилактики. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
28. Синдром раздраженного кишечника. Клиническая симптоматика. Течение. Дифференциаьный диагноз. Осложнения. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
29. Острые и хронические сосудистые заболевания кишки. Инфаркт кишечника. Мезентериальный тромбоз. Эмболия. Хронический ишемический энтерит. Ишемическая стриктура кишечника. Мезентериальный атеросклероз и сосудистая недостаточность. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
30. Строение и функции печени и желчевыводящих путей. Методы диагностики заболеваний печени и гепатобилиарной системы (лабораторные и

инструментальные). Основные лабораторные синдромы. Иммунологическая панель печени. Инструментальные методы исследования печени (диагностические возможности метода, показания, противопоказания, подготовка больных, ведение больных после исследования). (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

31. Дифференциальный диагноз при гепатомегалии, гепатоспленомегалии. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
32. Острый вирусный гепатит (A, B, дельта, C, D, E). Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
33. Хронические вирусные гепатиты (B, C, D). Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические синдромы. Принципы диагностики, лечения и профилактики. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
34. Лекарственные поражения печени. Лекарства и поражения печени. Физиологическая роль печени в метаболизме лекарств. Нарушение фармакокинетики лекарств при болезнях печени. Гепатотоксичность лекарств. Токсическая болезнь печени с холестазом. Токсическая болезнь печени с некрозом. Токсическая болезнь печени с острым гепатитом. Другие клинико-морфологические варианты токсической болезни печени. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9)
35. Алкогольная болезнь печени. Метаболизм этанола в печени. Системные проявления воздействия алкоголя на печень и другие органы. Клинико-морфологические варианты алкогольной болезни печени. Алкогольное жировое перерождение печени. Алкогольный гепатит. Алкогольный фиброз и склероз печени. Алкогольный цирроз печени. Алкогольная печеночная недостаточность: острая, подострая, хроническая, с или без печеночной комы. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
36. Неалкогольная жировая болезнь печени. Этиология. Патогенез. Классификация. Понятие метаболического синдрома и его взаимосвязь с поражением печени. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии и профилактики. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
37. Аутоиммунные заболевания печени. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
38. Болезни сосудов печени. Тромбоз воротной вены. Тромбофлебит воротной вены. Болезнь и синдром Бадда-Киари. Синдром Крювелье-Баумгартена. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
39. Дифференциальная диагностика желтух. Доброкачественные гипербилирубинемии. Обмен билирубина. Этиология желтух. Классификация. Критерии диагностики механической, гемолитической, паренхиматозной желтухи. Синдромы Жильбера, Криглера-Найяра, Дабина-Джонсона, Ротора. Механизм развития. Критерии диагностики. Подходы к терапии. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
40. Фиброз и цирроз печени. Классификация. Морфологическая характеристика. Этиология. Клиническая картина. Портальная гипертензия. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические проявления. Принципы диагностики, лечения. Осложнения портальной гипертензии. Критерии диагностики. Алгоритмы лечения. Течение. Осложнения: пищеводно-желудочное кровотечение. Печеночная недостаточность. Печеночная кома. Прогноз. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Современные принципы и методы неотложной терапии осложнений. Консервативное лечение. Показания к хирургическому лечению больных с циррозом печени. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
41. Функциональные расстройства желчного пузыря и сфинктера Одди. Этиология и патогенез. Клиническая картина. Течение. Методы диагностики. Дифференциальная диагностика. Принципы терапии. Профилактика. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

42. Желчнокаменная болезнь. Калькулез желчного пузыря с острым холециститом. Калькулез желчного пузыря без холецистита. Холецистолитиаз. Холелитиаз. Возвратная желчепузырная колика. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Современные концепции холелитиаза. Механизмы образования литогенной желчи. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Принципы терапии. Осложнения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
43. Холецистит. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения.
44. Холангит. Нисходящий, первичный, рецидивирующий, склерозирующий, вторичный, стенозирующий, гнойный. Этиология. Патогенез. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
45. Строение и функции поджелудочной железы. Методы лабораторной и инструментальной диагностики поражений поджелудочной железы. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
46. Основные клинические синдромы, выявляемы при поражении поджелудочной железы. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
47. Острый панкреатит. Эпидемиология. Этиология. Патогенез. Классификация. Клинические формы. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Абсцесс поджелудочной железы. Некроз поджелудочной железы острый, инфекционный. Консервативная терапия. Показания, возможности, методы и результаты оперативного лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
48. Хронический панкреатит. Этиология и патогенез. Клиника. Варианты течения. Диагностика. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Лечение. Диетотерапия. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
49. Опухоли пищевода. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак пищевода. Злокачественные неэпителиальные опухоли пищевода. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
50. Опухоли желудка. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли желудка. Рак. Карциноид. Саркома. Эпидемиология. Этиология и патогенез. Классификация. Патологическая анатомия предраковых заболеваний и рака. Клиника. Диагностика и дифференциальная диагностика. Лечение. Злокачественные неэпителиальные опухоли пищевода. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
51. Опухоли поджелудочной железы. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли поджелудочной железы. Рак поджелудочной железы. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
52. Опухоли билиарной системы. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Консервативная терапия. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
53. Опухоли печени. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли печени. Гепатоцеллюлярная карцинома. Холангиокарцинома. Ангиосаркома. Метастазы в печень. Клиника. Современные возможности диагностики. Дифференциальный диагноз. Осложнения. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

54. Опухоли большого дуоденального сосочка. Клиника. Диагностика. Дифференциальный диагноз с другими заболеваниями. Сроки, методы и результаты оперативного лечения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
55. Опухоли тонкой кишки. Этиология. Классификация. Клиника. Диагностика. Принципы терапии. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
56. Опухоли толстой кишки. Доброкачественные опухоли. Злокачественные опухоли. Рак толстой кишки. Клинические варианты течения. Современные возможности диагностики и лечения. Полипы толстой кишки. Этиология. Патогенез. Классификация Дифференциальный диагноз. Осложнения. Современная терапия. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
57. Анальный и ректальный полип. Этиология. Патогенез. Клиника. Диагностика. Течение. Осложнения. Консервативная терапия. Показания к хирургическому лечению. Профилактика развития. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
58. Острый живот. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12)
59. Острые желудочно-кишечные кровотечения. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-9, ПК-12)
60. Печеночная колика. Клиника. Диагностика. Принципы терапии. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
61. Печеночная кома. Причины. Клинические признаки. Принципы терапии. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
62. Острая кишечная непроходимость. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
63. Острая диарея. Клиника, диагностика, оказание неотложной помощи. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
64. Принципы диагностики и лечения осложнений язвенной болезни (кровотечения, пенетрация, перфорация). (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
65. Особенности подготовки и проведения основных лабораторных методов исследования желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
66. Особенности подготовки и проведения основных инструментальных методов исследования желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях. (УК-1, ПК-2, ПК-2, ПК-5)
67. Клинические критерии отбора больных с целью осуществления квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10, ПК-11)
68. Варианты течения заболеваний органов пищеварения, при которых возможно осуществление квалифицированной специализированной помощи в поликлинических условиях. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
69. Экспертиза временной нетрудоспособности. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10, ПК-11)
70. Клинико-социальные аспекты лечения больных с гастроэнтерологической патологией в поликлинике. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11)
71. Принципы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11)
72. Методы диспансерного наблюдения гастроэнтерологических больных. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-10, ПК-11)
73. Причины желудочной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
74. Механизм развития желудочной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
75. Виды желудочной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
76. Алгоритм обследования больных с желудочной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
77. Принципы терапии и профилактики желудочной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)

78. Показания для госпитализации пациентов с желудочной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
79. Причины кишечной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
80. Механизм развития кишечной диспепсии. (УК-1, ПК-5)
81. Виды кишечной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
82. Алгоритм обследования больных с кишечной диспепсией и диареей. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
83. Принципы терапии и профилактики кишечной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
84. Показания для госпитализации пациентов с кишечной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
85. Причины билиарной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
86. Механизм развития билиарной диспепсии. (УК-1, ПК-5)
87. Виды билиарной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
88. Алгоритм обследования больных с билиарной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
89. Принципы терапии и профилактики билиарной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
90. Показания для госпитализации пациентов с билиарной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
91. Причины панкреатогенной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
92. Механизм развития панкреатогенной диспепсии. (УК-1, ПК-5)
93. Виды панкреатогенной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
94. Алгоритм обследования больных с панкреатогенной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
95. Принципы терапии и профилактики панкреатогенной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
96. Показания для госпитализации пациентов с панкреатогенной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
97. Дифференциальный диагноз билиарной и панкреатогенной диспепсии в поликлинических условиях. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
98. Алгоритм обследования больных с билиарной и панкреатогенной диспепсией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
99. Дифференциальный диагноз при кишечной диспепсии. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
100. Алгоритм обследования больных с кишечной диспепсией и запором. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
101. Дифференциальный диагноз при синдроме холестаза в амбулаторных условиях. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
102. План обследования больных с синдромом холестаза. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
103. Дифференциальный диагноз при болевом абдоминальном синдроме в амбулаторных условиях. (УК-1, ПК-2, ПК-5)
104. План обследования больных при болевом абдоминальном синдроме. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10, ПК-11)
105. Особенности ведения пациентов с функциональными расстройствами органов желудочно-кишечного тракта в амбулаторных условиях. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9, ПК-11)
106. Методы обследования пациентов с функциональными расстройствами органов желудочно-кишечного тракта. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9)
107. Принципы лечения пациентов с функциональными расстройствами органов желудочно-кишечного тракта. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
108. Особенности ведения полиморбидных больных с заболеваниями органов пищеварения в амбулаторных условиях. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

109. Принципы оказания неотложной помощи гастроэнтерологическим больным на догоспитальном этапе. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-3, ПК-5, ПК-6, ПК-7, ПК-8, ПК-11)
110. Основные показания для госпитализации при различных заболеваниях органов пищеварения. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8)
111. Принципы профилактики заболеваний органов пищеварения в поликлинических условиях. (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-8, ПК-9)
112. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях бронхолегочной системы. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
113. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
114. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях сердечно-сосудистой системы. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
115. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
116. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях мочевыделительной системы. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
117. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
118. Особенности поражений органов пищеварительной системы при патологии соединительной ткани. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
119. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
120. Особенности поражений органов пищеварительной системы при эндокринной патологии. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
121. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
122. Особенности поражений органов пищеварительной системы при муковисцидозе, амилоидозе и гемохроматозе. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
123. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
124. Особенности поражений органов пищеварительной системы при СПИД и туберкулезе. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
125. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
126. Особенности поражений органов пищеварительной системы при заболеваниях крови. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
127. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
128. Особенности поражений органов пищеварительной системы при профессиональных интоксикациях. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
129. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
130. Особенности поражений органов пищеварительной системы при паразитарных и глистных инвазиях. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
131. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)
132. Особенности поражений органов пищеварительной системы при аллергических заболеваниях. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-10)
133. Критерии дифференциального диагноза между первичной и вторичной гастроэнтерологической патологией. (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-10)

ТЕСТОВЫЕ ЗАДАНИЯ

Проверяемые компетенции: УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6

1.1. Для начальной стадии рефлюкс-эзофагита наиболее типичным являются:
1) диффузная гиперплазия и отек слизистой пищевода
2) гиперемия и отек слизистой дистального отдела пищевода
3) геморрагические изменения в слизистой
4) зияние кардии
5) эрозивно-язвенные дефекты слизистой

1.2. «Золотой стандарт» лечения ГЭРБ:
1) Ингибиторы протонной помпы
2) Н-2-гистаминоблокаторы
3) М-холинолитики
4) Антациды
5) Спазмолитики

1.3. Отрыжка и срыгивание, возникающие при наклоне туловища, наблюдаются при аэрофагии
1) вегетативной лабильности
2) недостаточности антропилорической области
3) недостаточности кардии
4) стриктурах пищевода

1.4. Для быстрого купирования изжоги следует использовать:
1) ингибиторы протонной помпы
2) антациды и альгинаты
3) спазмолитики
4) адсорбенты
5) Н-2-гистаминоблокаторы

1.5. Внепищеводными синдромами ГЭРБ могут являться:
1) жгучие загрудинные ангинозоподобные боли
2) эрозии зубной эмали
3) ларингит
4) бронхиальная астма
5) жгучие загрудинные ангинозоподобные боли, эрозии зубной эмали, ларингит, бронхиальная астма

1.6. Пищевод Баррета – это:
1) замещение многослойного плоского неороговевающего эпителия цилиндрическим с явлениями кишечной метаплазии
2) замещение цилиндрического эпителия многослойным плоским эпителием
3) эрозивно-язвенное поражение пищевода
4) аденокарцинома пищевода
5) атрофия слизистой оболочки пищевода

1.7. При лечении пищевода Баррета ИПП (ингибиторы протонной помпы) применяются:
1) в течение 4 недель
2) в течение 8 недель
3) в течении года
4) проводится непрерывная поддерживающая терапия ИПП
5) назначение ИПП нецелесообразно

1.8. При длительной терапии ИПП больным ГЭРБ с наличием инфекции Helicobacter pylori (Hp) необходимо проведение эрадикации, так как:
1) эрадикация (Hp) способствует уменьшению симптомов ГЭРБ

2) эрадикация уменьшает частоту рецидивов ГЭРБ
3) эрадикация повышает эффективность лечения ГЭРБ
4) эрадикация способствует предотвращению транслокации Нр из антрального отдела на тело желудка и тем самым уменьшает риск развития атрофического гастрита и рака желудка
5) эрадикация Нр в данном случае не показана

1.9. К рекомендациям по изменению образа жизни для больных ГЭРБ относятся:
1) избегать обильного приема пищи и не есть на ночь
2) заняться спортом
3) избегать переохлаждения
4) спать на ортопедической подушке
5) принимать антациды

1.10. Вариантами нейромышечных заболеваний пищевода являются:
1) Ахалазия кардии и диффузный эзофагоспазм
2) Ахалазия кардии и болезнь Гиршпрунга
3) Ахалазия кардии и кардиоспазм
4) Ахалазия кардии, кардиоспазм, диффузный эзофагоспазм

1.11. При псевдокоронарном (эзофагеальном) синдроме при ГЭРБ боль купирует:
1) нитроглицерин
2) изменение положения тела (с горизонтального на вертикальное)
3) транквилизаторы
4) холинолитики
5) спазмолитики

1.12. Бронхопищеводный синдром при ГЭРБ обусловлен:
1) регургитацией желудочного содержимого в дыхательные пути
2) избыточной массой тела
3) дисфагией
4) спазмом пищевода
5) длительностью заболевания

1.13. Стриктура дистального отдела пищевода обычно обусловлена:
1) эрозивно-язвенным рефлюкс-эзофагитом
2) хронической пневмонией
3) язвенной болезнью желудка
4) хроническим активным пангастритом
5) склеродермией

1.14. Признаками пищевода Баррета являются:
1) язва пищевода
2) цилиндрическая метаплазия эпителия в нижней части
3) врожденный короткий пищевод
4) отсутствие перистальтики пищевода
5) щелочной пищевод

1.15. Какие компоненты рефлюксата создают наибольшие риски неэффективности терапии ГЭРБ:
1) лизолецитин и желчные кислоты
2) пепсин
3) соляная кислота
4) слюна

1.16. Пациент болен около 3-х лет, жалобы на затруднение прохождения пищи, регургитацию 1-2 раза в сутки, периодические боли за грудиной. Больной несколько пониженного питания, анализ

крови в пределах нормы. Диагноз:
1) рак пищевода
2) ахалазия пищевода
3) рубцовая стриктура пищевода
4) эзофагит
5) дивертикул

1.17. Ведущая роль в генезе язвы дистального отдела пищевода принадлежит:
5) рефлюксу желудочного содержимого в пищевод
6) эзофагиту
7) снижению защитных свойств слизистой
8) нарушению микроциркуляции
9) нарушению регенерации

1.18. Больная 53 лет повышенного питания жалуется на сильные изжоги и боли за грудиной, усиливающиеся при наклоне вперед. Какой предварительный диагноз можно поставить:
1) ценкеровский дивертикул пищевода
2) хронический гастрит
3) хронический панкреатит
4) рефлюкс-эзофагит
5) рак пищевода

1.19. Ожог пищевода химическим веществом в дальнейшем приводит к:
1) рефлюкс-эзофагиту
2) гиперемии слизистой пищевода
3) стриктуре пищевода
4) метаплазии слизистой пищевода
5) пептической язве

1.20. Механизм замыкания кардии обусловлен:
1) пищеводно-кардиальным жомом (сфинктер)
2) автоматизмом кардии
3) верхней зоной повышенного давления в пищеводе
4) внутрибрюшным давлением
5) пищеводно-кардиальным сфинктером и автоматизмом кардии

2.1. Препаратами с выраженным ульцерогенным действием являются:
1) антибиотики
2) антигистаминные
3) нестероидные противовоспалительные
4) гистаминоблокаторы
5) ганглиоблокаторы

2.2. Для какой язвы характерны поздние и ночные боли:
1) язвенного эзофагита
2) язвы антрума
3) язвы дна желудка
4) язвы луковицы 12-ти перстной кишки
5) язвы кардиального отдела желудка

2.3. pH чистого желудочного сока здорового человека:
1) 0,5-0,9
2) 0,9-1,5
3) 1,5-2,0

4) 2,0-2,5
5) 2,5-3,0

2.4. При стенозе выходного отдела желудка:
1) усиливается боль в верхней половине живота
2) появляется непереносимость жиров и молочной пищи
3) появляется рвота и усиливается изжога
4) появляются поносы
5) появляется асцит и отеки нижних конечностей

2.5. При кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки:
1) предшествующая боль резко усиливается
2) боль исчезает или уменьшается
3) появляется сухость и горький вкус во рту
4) боль иррадиирует в спину
5) боль иррадиирует а прекардиальную область

2.6. При пилоробульбарных язвах зона болезненности определяется:
1) в области мечевидного отростка
2) в околопупочной области
3) в эпигастральной области справа
4) в эпигастральной области слева
5) на 5-7 см выше пупка справа

2.7. К симптоматическим язвам желудка относятся:
1) стрессовые язвы
2) лекарственные язвы
3) при обширных ожогах (язвы Карлинга)
4) при синдроме Золлингера-Эллисона
5) стрессовые язвы, лекарственные язвы, язвы при обширных ожогах (язвы Карлинга), язвы при синдроме Золлингера-Эллисона

2.8. Какой метод диагностики язвенной болезни желудка наиболее достоверный:
1) рентгеноскопия
2) гастрофиброскопия
3) ультразвуковое исследование
4) лапароскопия
5) рентгенография

2.9. Осложнениями язвенной болезни желудка НЕ является:
1) перфорация
2) пенетрация
3) стеноз привратника
4) кровотечение
5) синдром мальабсорбции

2.10. При каких заболеваниях развивается гистамин-рефрактерная ахлоргидрия:
1) хронический поверхностный гастрит
2) хронический атрофический гастрит
3) гастродуоденит
4) язвенный стеноз привратника

5) язвенная болезнь желудка

2.11. Какой продукт обладает антацидным свойством:
1. бульон
2. капустный сок
3. крепкий чай
4. творог
5. кофе

2.12. Какие препараты НЕ назначаются при хроническом гастрите с повышенной секреторной функцией:
1. но-шпа
2. плантаглюцид
3. викалин
4. альмагель
5. лимонтар

2.13. Наиболее частой гистологической формой рака желудка служит:
1. аденокарцинома
2. скирр
3. солидный рак
4. плоскоклеточный рак
5. недифференцированный рак

2.14. Какой из перечисленных гастритов относят к болезни Менетрие:
1. интерстициальный
2. атрофический
3. полипозный
4. гигантский гипертрофический
5. атрофически-гиперпластический

2.15. Предраковыми формами гастрита являются все, КРОМЕ:
1. атрофический гастрит
2. гиперпластический гастрит
3. полипозный гастрит
4. эрозивный гастрит
5. гастрит с кишечной метаплазией

2.16. Наиболее частой причиной гранулематозного гастрита является:
1. кампилобактерии
2. болезнь Крона
3. алиментарный фактор
4. целиакия
5. ни один из перечисленных факторов

2.17. Лимфоцитарный (эрозивный, «вариолоформный») гастрит наиболее часто связан с:
1. хеликобактерной инфекцией
2. целиакией
3. вирусной инфекцией
4. болезнью Крона
5. алиментарным фактором

2.18. Инфицирование гастродуоденальной слизистой оболочки пилорическим хеликобактером обычно сопровождается:
1. снижением секреции гастрина
2. ахлоргидрией
3. диффузной атрофией главных желез желудка
4. развитием антрального гастрита
5. недостаточностью кардии

2.19. Пептическую язву пищевода следует дифференцировать с:
1. изъязвленным раком
2. лейомиомой
3. саркомой
4. дивертикулом пищевода

2.20. Синдром приводящей петли развивается после операции:
1. резекции желудка по Бильрот I
2. резекции желудка по Бильрот II
3. селективной проксимальной ваготомии
4. СПВ и пилоропластики
5. стволовой ваготомии

3.1. Наиболее ранним и постоянным признаком болезни Крона является:
1. боль в животе
2. лихорадка
3. примесь крови в кале
4. диарея
5. примесь гноя в кале

3.2. Запоры характерны для:
1. хронического гастрита со сниженной секреторной функцией
2. болезни оперированного желудка
3. хронического энтерита
4. спру
5. болезни Уиппла
6. язвенной болезни двенадцатиперстной кишки

3.3. Критерии, исключающие диагноз СРК:
1. наличие ночной симптоматики
2. наличие анемии
3. прогрессирующее похудание
4. наличие ночной симптоматики, наличие анемии, прогрессирующее похудание

3.4. Симптоматический запор встречается:
1. при язвенной болезни
2. при дивертикулезе толстой кишки
3. при гипотиреозе
4. при язвенной болезни, при дивертикулезе толстой кишки, при гипотиреозе

3.5. Что характерно для язвенного колита из перечисленных изменений в периферической крови:

1. замедление СОЭ
2. эритроцитоз, ретикулоцитоз
3. ускорение СОЭ
4. гипертромбоцитоз
5. лйкопения

3.6. В клинику поступил больной 62 лет с жалобами на выделение крови из ануса, сильное похудание, периодические запоры. Какой метод исследования можно применить для уточнения диагноза в первую очередь:
1. ирригоскопия
2. ректороманоскопия
3. колоноскопия
4. пальцевое исследование прямой кишки
5. антеградный пассаж бария по кишечнику

3.7. Какое воспаление по гистологическим данным при болезни Крона:
1. поверхностное воспаление, сплошное, с криптами и абсцессами
2. трансмуральное, с наличием гранулем, ассиметричное, прерывистое
3. хроническое неспецифическое воспаление
4. эозинофильное воспаление

3.8. К механизмам нарушения всасывания относятся:
1. уменьшение общей всасывательной поверхности
2. ускорение моторной функции
3. нарушение мезентериального кровотока
4. структурные изменения слизистой оболочки
5. уменьшение общей всасывательной поверхности, ускорение моторной функции, нарушение мезентериального кровотока, структурные изменения слизистой оболочки

3.9. Клинические признаки колитического синдрома все, КРОМЕ:
1.частый, до 10 раз в сутки стул
2.тенезмы
3.скудный стул, со слизью и кровью
4. обильный стул
5. схваткообразные боли в нижнебоковых отделах живота

3.10. Какая часть кишки чаще всего поражается при НЯК, с которой, как правило, начинается воспаление:
1. подвздошная
2. прямая
3. сигмовидная
4. поперечно-ободочная
5. слепая

3.11. Поддерживающая терапия целиакии включает в себя:
1. аглютеновую диету
2. ферменты
3. витамины
4. в тяжелых случаях - малые дозы глюкокортикоидов
5. аглютеновую диету, ферменты, витамины, малые дозы глюкокортикоидов (в тяжелых случаях)

3.12. При дивертикулезе толстой кишки встречаются следующие осложнения
1. перфорация
2. кровотечение
3. дивертикулит
4. тромбозы
5. перфорация, кровотечение и дивертикулит

3.13. Какой из клинических признаков наиболее часто сочетается с раком слепой кишки:
1. кишечный дискомфорт
2. кишечная непроходимость
3. наличие пальпируемой опухоли
4. анемия
5. субфебрилитет

3.14. Эндоскопическими критериями поражения толстой кишки при неспецифическом язвенном колите НЕ являются:
1. гиперемия и отёк слизистой оболочки
2. контактная ранимость и кровоточивость
3. поверхностные дефекты слизистой оболочки
4. глубокие щелевидные язвы
5. поверхностное сплошное воспаление

3.15. В каком случае уменьшается диаметр кишки обычно в сочетании с плотной консистенцией и болезненностью:
1.спайки между кишкой и задней брюшной стенкой вследствие перенесенного воспаления или опухоли
2.спазм гладкой мускулатуры кишки
3.большое количество газов в кишке
4.переполнение кишки жидким содержимым
5.воспалительный процесс в кишке, особенно в серозной оболочке

3.16. Какой признак НЕ ХАРАКТЕРЕН для язвенного колита:
1. боли
2. поносы
3. запоры
4. наличие крови в кале
5. рвота

3.17. Целиакия характеризуется непереносимостью:
1. пшеницы
2. риса
3. гречи
4. овса
5. пшеницы и овса

3.18. Клинические признаки синдрома мальабсорбции:
1. диарея
2. истощение
3. анемия
4. боли в костях, патологические переломы

5. диарея, истощение, анемия, боли в костях и патологические переломы

3.19. Целиакии наиболее часто сопутствует кожное заболевание:
1. псориаз
2. герпетиформный дерматит
3. атопический дерматит
4. пемфигоид
5. пузырчатка

3.20. Для энтерального копрологического синдрома особенно характерно наличие:
1. слизи
2. нейтрального жира
3. крови
4. йодофильной флоры
5. лейкоцитов

3.21. Дефицит массы тела характерен для:
1. хронического энтерита
2. хронического колита

3.22. Какие изменения в копрограмме не типичны для хронического энтерита:
1. полифекалия
2. консистенция жидкая или полужидкая
3. цвет соломенно-желтый, золотистый, зеленовато-коричневый
4. стеаторея
5. прожилки крови

4.1. Билирубинурия встречается при:
1) гемолитической желтухе
2) обтурационной желтухе
3) паренхиматозной желтухе
4) острой почечной недостаточности
5) опухоли почки

4.2. Болезнь Жильбера сопровождается следующими нарушениями лабораторных показателей
1) гипербилирубинемия за счет конъюгированного билирубина
2) гипербилирубинемия за счет неконъюгированного билирубина
3) гиперуробилинурия
4) повышение сывороточных аминотрансфераз
5) повышение щелочной фосфатазы

4.3. Какие из нижеперечисленных исследований являются наиболее информативными в диагностике желчнокаменной болезни:
1) радионуклидное исследование
2) термография
3) лапароскопия
4) ультразвуковая эхолокация
5) гепатосцинтиграфия

4.4. Подпеченочная желтуха характеризуется:

1) гиперуробилинурией
2) нарастанием сывороточных аминтрансфераз
3) увеличением гамма-глобулинов
4) повышением показателей тимоловой пробы
5) гипербилирубинемией

4.5. Симптом Ортнера-Грекова характерен для:
1) жировой инфильтрации печени
2) обострения калькулезного холецистита
3) лямблиоза
4) гипотонии сфинктера Одди
5) нарушения холесекрегорной функции печени

4.6. В патогенезе холецистита наиболее существенную роль играют:
1) хронический гепатит
2) снижение холатообразовательной функции печени
3) инфекционный процесс в желчных путях
4) гиперкинетическая дискинезия желчного пузыря
5) гипертония сфинктера Одди

4.7. В чем заключается основной принцип регуляции тонуса сфинктера Одди:
1) сокращение сфинктера в ответ на повышение давления в желчном пузыре
2) сокращение сфинктера в ответ на снижение давления в желчном пузыре
3) расслабление сфинктера в ответ на повышение давления в желчном пузыре
4) расслабление сфинктера в ответ на снижение давления в желчном пузыре

4.8. В клинической картине постхолецистэктомического синдрома наиболее часто отмечается:
1) астеноневротический синдром
2) гипертензивный синдром
3) диспептический синдром
4) синдром мальабсорбции
5) демпинг-синдром

4.9. В диагностике синдрома Жильбера основное значение имеет:
1) гепатомегалия
2) нарушение функциональных проб печени
3) стойкая гипербилирубинемия
4) спленомегалия
5) астенический синдром

4.10. При хроническом холецистите ведущим синдромом в клинике является:
1) астеноневротический
2) желтухи
3) гепатолиенальный
4) лихорадочный
5) болевой

4.11. Основные клинические симптомы, встречающиеся при заболеваниях желчевыводящих путей все, кроме:
1) болевой

2) диспептический
3) астеновегетативный
4) дисфагический
5) холестатический

4.12. Симптом Кера определяется как:
1) болезненность при поколачивании по правой реберной дуге
2) болезненность при глубокой пальпации области желчного пузыря
3) болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы справа
4) усиление болезненности при глубокой пальпации области желчного пузыря на высоте глубокого вдоха
5) болезненность в точке пересечения правой реберной дуги и наружного края прямой мышцы живота

4.13. Назовите наиболее информативный метод диагностики ЖКБ:
1) обзорная рентгенография живота
2) УЗИ органов брюшной полости
3) дуоденальное зондирование
4) биохимическое исследование крови (билирубин, щелочная фосфатаза, ГГТП, холестерин)
5) ФГДС

4.14. К пузырным симптомам относятся:
1) симптомы Ортнера и Волковича
2) френикус-симптом и симптом «кровавой росы»
3) симптомы Мерфи и Поргеса
4) симптом Поргеса
5) симптомы Ортнера, Мерфи и френикус-симптом

4.15. Выберите основную причину дисфункции сфинктера Одди:
1) нарушение функции вегетативной нервной системы
2) операции на желудке
3) снижение выработки мотилина
4) холецистэктомия
5) злоупотребление алкоголем

4.16. «Золотой стандарт» диагностики холедохолитиаза:
1) УЗИ брюшной полости
2) эндоскопическое УЗИ
3) эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография
4) пероральная холецистография
5) КТ брюшной полости

4.17. При начальной стадии фиброза печени может выявляться следующий синдром:
1) Портальная гипертензия
2) Геморрагический синдром
3) Астеновегетативный синдром
4) Лихорадка
5) Печеночно-клеточная недостаточность

4.18. Наиболее оптимальным неинвазивным методом инструментальной диагностики фиброза печени является:
1) УЗИ печени
2) Биопсия печени
3) Сцнтиграфия печени
4) Геогепатография
5) УЗИ-эластография печени

4.19. Укажите ключевой диагностический признак спазма панкреатической части сфинктера Одди:
1) билиарная боль
2) задокументированные приступы острого панкреатита в анамнезе
3) наличие образования в головке поджелудочной железы
4) наличие билиарного сладжа
5) наличие ЖКБ

4.20. Калькулезный холецистит может иметь осложнения:
1) гастродуоденальное кровотечение
2) панкреонекроз
3) стеноз фатерова сосочка
4) дисфункция сфинктера Одди
5) панкреонекроз и гнойный холангит

4.21. Развитию желчекаменной болезни в наибольшей степени способствует:
1) гипомоторная дискинезия желчного пузыря
2) курение
3) злоупотребление алкоголем
4) малая физическая активность
5) наркомания
4.22. Болезненность при надавливании на правый диафрагмальный нерв между ножками грудино–ключично–сосцевидной мышцы называется:
1) симптом Мерфи
2) симптом Кера
3) симптом Грекова–Ортнера
4) симптом Георгиевского–Мюсси
5) симптом Пастернацкого

4.23. При гиперфункциональной дискинезии желчевыводящих путей используют следующие лекарственные препараты:
1) холеретики
2) холекинетики
3) миотропные спазмолитики
4) антибиотики
5) препараты уродеоксихолевой кислоты

4.24. Симптомы, характерные для печеночной комы при циррозе печени:
1) уменьшение размеров печени
2) “синдром лакированных губ”
3) желтуха
4) геморрагии
5) лихорадка

4.25. Укажите препарат, противопоказанный для купирования приступа желчной колики:
1) атропин
2) папаверин
3) нитроглицерин
4) морфин
5) баралгин

4.26. Хроническим холециститом чаще болеют:
1) Мужчины и женщины среднего возраста.
2) Женщины среднего возраста.
3) Мужчины среднего возраста.
4) Пожилые люди.
5) Все одинаково часто болеют.

4.27. Этиологический фактор развития хронического холецистита:
1) Аномалии строения желчного пузыря.
2) Нарушение моторики тонкой кишки.
3) Психоэмоциональные нарушения.
4) Инфицирование желчи.
5). Нарушения диеты.

4.28. Синдромы хронического холецистита:
1) Болевой.
2) Диспептический.
3) Воспалительный.
4) Холестатический.
5) Болевой, диспептический, воспалительный и холестатический.

4.29. Симптом Кера — это болезненность при:
1) Пальпации правого подреберья.
2) Поколачивании по правой реберной дуге.
3) Поколачивании по левой реберной дуге.
4) Поколачивании по правому подреберью.
5) Пальпации в зоне желчного пузыря при вдохе.

4.30. Симптом Грекова–Ортнера — это болезненность при:
1) Пальпации правого подреберья.
2) Поколачивании по правой реберной дуге.
3) Поколачивании по левой реберной дуге.
4) Поколачивании по правому подреберью.
5) Пальпации в зоне желчного пузыря при вдохе.

4.31. Атипичные формы хронического холецистита — это:
1) Гастралгическая, эзофагалгическая, кишечная.
2) Панкреатическая, эзофагалгическая, кишечная.
3) Кардиалгическая, эзофагалгическая, кишечная.
4) Кардиалгическая, эзофагалгическая, гепаталгическая.
5) Кардиалгическая, плевралгическая, кишечная.

4.32. Лабораторные критерии синдрома холестаза:

1) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, АСТ, АЛТ.
2) Повышение уровней общего и непрямого билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы.
3) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, ЛДГ.
4) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, КФК.
5) Повышение уровней общего и прямого билирубина, холестерина, щелочной фосфатазы, гамма-глутамилтранспептидазы.

4.33. Основным инструментальным методом диагностики хронического холецистита является:
1) Дуоденальное зондирование.
2) Эзофагогастродуоденоскопия.
3) УЗИ органов брюшной полости.
4) Эндоскопическая ретроградная холангиопанкреатография.
5) Магнитно-резонансная холангиопанкреатография.

4.34. Холеретики — это:
1) Средства, назначаемые при воспалительном процессе в желчном пузыре.
2) Средства, стимулирующие всасывание холестерина в кишечнике.
3) Средства, усиливающие сокращение желчного пузыря.
4) Средства, стимулирующие образование желчи.
5) Средства, назначаемые при повышенной литогенности желчи.

4.35. Холекинетики — это:
1) Средства, назначаемые при воспалительном процессе в желчном пузыре.
2) Средства, стимулирующие всасывание холестерина в кишечнике.
3) Средства, усиливающие сокращение желчного пузыря.
4) Средства, стимулирующие образование желчи.
5) Средства, назначаемые при повышенной литогенности желчи.

4.36. Выберите наиболее частую этиологию хронических гепатитов.
1) Аутоиммунная.
2) Лекарственная.
3) Вирусная.
4) Обменная.

4.37. «Золотым стандартом» диагностики хронических вирусных гепатитов является выявление…
1) Признаков хронического воспаления ткани печени по данным биопсии.
2) Сывороточных маркеров вирусов гепатита B, C, D.
3) Диффузных изменений печени на ультразвуковом исследовании.
4) Фиброза печени по данным фиброэластометрии.

4.38. Наиболее чувствительным и специфичным сывороточным маркером хронического употребления алкоголя является…
1) Углеводдефицитный трансферрин.
2) Средний объем эритроцита.
3) Уровень АСТ.
4) Уровень гамма-глутамилтранспептидазы.

4.39. Укажите сывороточный критерий репликации вируса гепатита B.

1) Анти-HCV-антитела.
2) ДНК вируса гепатита В <103 МЕ/мл.
3) Анти-HBe-антитела.
4) HbeAg.

4.40. Укажите препараты, применяемые в качестве стандартной терапии первой линии при аутоиммунном гепатите.
1) Будесонид и азатиоприн.
2) Микофенолата мофетил и такролимус.
3) Преднизолон и азатиоприн.
4) Циклоспорин и такролимус.

4.41. Назовите класс препаратов, являющийся основой современной терапии вирусного гепатита С.
1) Ингибиторы обратной транскриптазы.
2) Противовирусные препараты прямого действия.
3) Стероидные противовоспалительные препараты.
4) Ингибиторы бета-лактамаз.

4.42. Выберите правильное утверждение, характеризующее алкогольный стеатогепатит.
1) Представляет собой необратимую стадию алкогольной болезни печени.
2) Протекает бессимптомно и является случайной находкой.
3) Характеризуется нарушением архитектоники печени по данным гистологического исследования.
4) Развивается у 1 из 5 алкоголиков.

4.43. При выявлении антител к микросомам печени и почек 1-го типа (анти-LKM) ставится диагноз…
1). Аутоиммунного гепатита 2-го типа.
2). Алкогольного стеатогепатита.
3) Хронического вирусного гепатита В.
4) Лекарственного гепатита.
4.44. Генетически детерминированную индивидуальную непереносимость препарата, лежащую в основе многих лекарственных гепатитов, называют…
1) Токсическим действием.
2) Идиосинкразией.
3) Гиперчувствительностью немедленного типа.
4) Аллергией.

4.45. Выберите препарат первой линии для лечения вирусного гепатита В.
1) Софосбувир.
2) Преднизолон.
3) Адеметионин.
4) Пэгинтерферон.

5.1. Стеаторея характерна для:
1) хронического анацидного гастрита
2) язвенной болезни
3) язвенного колита
4) дисбактериоза кишечника
5) хронического панкреатита

5.2. Выработка каких ферментов относится к экзокринной функции поджелудочной железы:
1) инсулин
2) амилаза
3) глюкагон
4) соматостатин
5) панкреатический полипептид

5.3. В наибольшей степени на панкреатическую недостаточность указывает:
1) полифекалия
2) креаторея
3) стеаторея
4) амилорея
5) наличие крови и слизи в стуле

5.4. УЗИ поджелудочной железы позволяет оценить:
1) неравномерность контуров
2) размеры и плотность
3) наличие кистозных изменений
4) наличие кальцификатов
5) неравномерность контуров, размеры и плотность органа, наличие кистозных изменений, наличие кальцификатов

5.5. К выраженным изменениям поджелудочной железы по данным компьютерной томографии не относится:
1) патология главного протока и патология более 3 боковых протоков
2) внутрипротоковые дефекты наполнения или камни поджелудочной железы
3) значительное увеличение поджелудочной железы более чем в 2 раза
4) обструкция, выраженная неровность или стриктура протока поджелудочной железы

5.6. Признаками хронического панкреатита являются нижеследующие, КРОМЕ:
1) боль постоянная в сочетании с приступообразной.
2) локализация боли в эпигастральной области.
3) общая слабость.
4) снижение аппетита.
5) повышение температуры.

5.7. Применение каких лекарственных средств НЕ ЦЕЛЕСООБРАЗНО в случае хронического панкреатита с выраженным болевым синдромом и нарушением внешней секреции в стадии обострения:
1) анальгетики
2) ингибиторы панкреатических ферментов
3) спазмолитики
4) глюкокортикоиды
5) антибиотики

5.8. При хронических панкреатитах боль чаще всего возникает:
1. после простудных заболеваний
2. после рвоты
3. после употребления жирной пищи
4. после кофе

5. после тряской езды

5.9. Какой признак часто наблюдается при псевдотуморозном панкреатите:
1. боль
2. поносы, запоры
3. рвота
4. желтуха
5. сахарный диабет

5.10. Терапия хронического панкреатита в фазе стойкой ремиссии включает:
1. хирургическое лечение
2. ингибиторы трипсина
3. ферментные препараты
4. диету № 5п
5. анальгетики

5.11. Препараты, используемые в терапии обострения хронического панкреатита все, КРОМЕ:
1) антациды
2) неселективные М-холинолитики
3) ферменты
4) антиферментные препараты
5) ганглиоблокаторы

5.12. Показания к хирургическому лечению хронического панкреатита все, КРОМЕ:
1) холедолитиаз или другая патология, препятствующая оттоку секрета поджелудочной железы
2) развитие сахарного диабета
3) стриктура большого дуоденального протока
4) злокачественные опухоли поджелудочной железы
5) развитие механической желтухи

5.13. Непосредственной причиной смерти больных хроническим панкреатитом могут быть:
1) инфекционно-гнойные осложнения
2) кровотечения из ЖКТ
3) карцинома поджелудочной железы
4) ДВС-синдром
5) инфекционно-гнойные осложнения, кровотечения из ЖКТ, карцинома поджелудочной железы, ДВС-синдром

5.14. Осложнениями хронического панкреатита НЕ является:
1) язвенная болезнь
2) механическая желтуха
3) полисерозиты
4) рак поджелудочной железы
5) левосторонний гидроторакс

5.15. Дифференциальный диагноз при хроническом панкреатите проводят с:
1) опухолью поджелудочной железы
2) язвенной болезнью
3) дискинезией желчного пузыря

4) функциональным расстройством сфинктера Одди
5) опухолью поджелудочной железы, язвенной болезнью, дискинезией желчного пузыря, функциональным расстройством сфинктера Одди

5.16. Плевральный выпот слева при хроническом панкреатите образуется из-за:
1) образования в диафрагме микрофистул
2) повышения активности ферментов поджелудочной железы
3) развития сердечной недостаточности
4) инфекционного воспаления плевры
5) образования в диафрагме микрофистул, повышения активности ферментов поджелудочной железы, развития сердечной недостаточности и инфекционного воспаления плевры

5.17. Назовите особенности морфологических изменений поджелудочной железы при алкогольном панкреатите:
1) псевдокисты
2) кальцификаты
3) фиброзные изменения паренхимы
4) накопление липидов в ацинозных клетках
5) псевдокисты, кальцификаты, фиброзные изменения паренхимы и накопление липидов в ацинозных клетках

5.18. Ведущими симптомами для кист поджелудочной железы следует считать:
1) боли
2) нарушение оттока панкреатического сока
3) прощупывание опухоли
4) симптомы сдавления других органов
5) боли, нарушение оттока панкреатического сока, прощупывание опухоли и симптомы сдавления других органов

5.19. Методом выбора лечения псевдоопухолевой формы хронического панкреатита является:
1) консервативный
2) хирургический
3) химиотерапия
4) рентгенотерапия
5) рефлексотерапия

5.20. Определите роль этанола в развитии алкогольного панкреатита:
1) увеличивает продукцию гастрина и панкреозимина
2) угнетает продукцию гастрина и панкреозимина
3) нарушает синтез литостатина
4) способствует фиброзу мелких сосудов
5) оказывает токсическое влияние на клетки поджелудочной железы

6.1. Острый панкреатит начинается:
1) Внезапно
2) После небольшого (6-7ч.) продромального периода
3) После длительного (2-3 нед.) недомогания
4) В исходе хронического панкреатита

5) Внезапно, после небольшого (6-7ч.) продромального периода, после длительного (2-3 нед.) недомогания, в исходе хронического панкреатита

6.2 Поджелудочная железа вырабатывает:
1) Инсулин
2) Гистамин
3) Калликреин
4) Соматотропин
5) Инсулин, гистамин, калликреин, соматотропин

6.3.В поджелудочной железе в неактивном состоянии вырабатывается:
1) Трипсин
2) Эластаза
3) Амилаза
4) Липаза
5) Трипсин, эластаза, амилаза, липаза

6.4.В начальных стадиях острого панкреатита возникновению острой печеночной недостаточности способствует:
1) Энзимная токсемия
2) Бактеремия
3) Нарушение диеты
4) Сгущение крови
5) Энзимная токсемия, бактеремия, нарушение диеты, сгущение крови

6.5. Для острого панкреатита характерны:
1) Лейкоцитоз
2) Сдвиг лейкоцитарной формулы влево
3) Ускорение СОЭ
4) Эритроцитоз
5) Лейкоцитоз, сдвиг лейкоцитарной формулы влево, ускорение СОЭ, эритроцитоз

6.6. При кровотечении из язвы двенадцатиперстной кишки:
1) Предшествующая боль резко усиливается
2) Боль исчезает или уменьшается
3) Появляется сухость и горький вкус во рту
4) Боль иррадиирует в спину
5) Боль иррадиирует а прекардиальную область

6.7. Мелена характерна для:
1) Кровоточащего геморроя
2) Язвенного колита
3) Желудочного кровотечения
4) Трещины ануса
5) Рака сигмы

6.8. Кал принимает черный цвет:
1) При кровотечении из толстого кишечника
2) При анацидном гастрите
3) При желтухе
4) После приема внутрь препарата железа
5) При кровотечении из геморроидальных узлов

6.9. Какая основная причина кровотечений из ВРВ пищевода у больных циррозом печени:
1) Снижение протромбина

2) Снижение проконвертина, проакцелерина
3) Портальная гипертензия
4) Уменьшение тромбоцитов
5) Угнетение фибринолиза

6.10. При каких заболеваниях наблюдается профузное желудочно-кишечное кровотечение:
1) Дивертикулез
2) Язвенный эзофагит
3) Диафрагмальная грыжа
4) Геморрагический панкреатит
5) Синдром Меллори-Вейса

6.11. Наименьшее количество крови при кровотечениях из верхних отделов ЖКТ, при котором появляется мелена:
1) 60-100 мл
2) Менее 60 мл
3) 250 мл
4) 500 мл

6.12. Алая кровь на поверхности кала (вслед за началом дефекации) является признаком:
1) кровотечение из дистальных отделов тонкого кишечника
2) кровотечение из проксимальных отделов толстого кишечника
3) кровотечение из проксимальных отделов тонкого кишечника
4) кровотечение из дистальных отделов толстого кишечника

6.13. Какой характер кровоточивости у больного раком прямой кишки:
1) появление алой крови в конце акта дефекации
2) появление крови перед актом дефекации
3) профузное ректальное кровотечение
4) примесь алой крови к каловым массам
5) мелена

6.14. Ранним признаком развивающейся печеночной энцефалопатии при вирусном гепатите В является:
1) Эйфория и возбуждение
2) Стойкая брадикардия
3) Упорный зуд кожи по ночам
4) Лейкопения с относительным лимфоцитозом
5) Нарастание билирубина за счет прямого

6.15. К признакам печеночной энцефалопатии относятся все, КРОМЕ:
1) гипербилирубинемии
2) хлопающего тремора
3) повышения концентрации аммиака в крови
4) снижения памяти
5) возраст старше 50

6.16. Для лечения печеночной энцефалопатии применяется все, кроме:
1) антибиотиков
2) диеты с ограничением белка
3) диуретиков
4) лактулозы
5) орницетила

6.17. К основным осложнениям цирроза печени относятся:
1) гепато-ренальный синдром;
2) гепато-пульмональный синдром;
3) кровотечение из варикозно-расширенных вен;
4) печеночная кома;
5) гепато-ренальный синдром, гепато-пульмональный синдром, кровотечение из варикозно-расширенных вен, печеночная кома

6.18. Клинические проявления цирроза печени главным образом зависят от:
1) этиологии заболевания
2) уровня лабораторных показателей
3) выраженности иммунных нарушений
4) компенсаторных возможностей левого желудочка
5) выраженности печеночной энцефалопатии

6.19. К летальным осложнениям цирроза печени относятся:
1) гепато-ренальный синдром;
2) гепато-пульмональный синдром;
3) кровотечение из варикозно-расширенных вен;
4) печеночная кома;
5) гепато-ренальный синдром, гепато-пульмональный синдром, кровотечение из варикозно-расширенных вен, печеночная кома

6.20. Признаком портальной гипертензии не является:
1) спленомегалия
2) расширение аноректальных вен
3) печеночноя кома
4) расширение вен пищевода
5) голова «медузы»

6.21. Укажите препарат, противопоказанный для купирования желчной колики:
1) атропин
2) баралгин
3) морфин
4) но-шпа
5) нитроглицерин

6.22. Симптом Кера определяется как:
1) болезненность при поколачивании по правой реберной дуге
2) болезненность при глубокой пальпации области желчного пузыря
3) болезненность при надавливании на диафрагмальный нерв между ножками грудиноключично-сосцевидной мышцы справа
4) усиление болезненности при глубокой пальпации области желчного пузыря на высоте глубокого вдоха
5) болезненность в точке пересечения правой реберной дуги и наружного края прямой мышцы живота

6.23. Какая локализация опухоли в ободочной кишке наиболее часто обусловливает состояние кишечной непроходимости:
1) рак печеночного изгиба
2) рак слепой кишки.
3) рак нисходящей и сигмовидной кишки
4) рак поперечноободочной кишки.

6.24. Основным симптомом обтурационной кишечной непроходимости является
1) Постоянные боли в животе
2) Схваткообразные боли в животе
3) Рвота цвета «кофейной гущи»
4) Вздутие живота
5) Мелена

6.25. Наиболее частой причиной тонкокишечной механической непроходимости является
1) Инородные тела
2) Желчные камни
3) Доброкачественные опухоли
4) Злокачественные опухоли
5) Спайки брюшной полости

6.26. Кал в виде малинового желе характерен для
1) Желудочного кровотечения
2) Инвагинации
3) Спастического колита
4) Дивертикулита
5) Свинцового отравления

6.27. При подозрении на острую кишечную непроходимость в первую очередь производится
1) Обзорная рентгеноскопия брюшной полости
2) Исследование пассажа бария по кишечнику
3) Эзофагогастродуоденоскопия
4) Лапароскопия
5) Биохимический анализ крови

6.28. Консервативное лечение острой кишечной непроходимости применяется только при
1) Завороте
2) Узлообразовании
3) Обтурационной кишечной непроходимости
4) Динамической непроходимости

6.29. Наиболее быстрое развитие некроза кишки возникает при
1) Обтурации подвздошной кишки
2) Обтурации толстой кишки опухолью
3) Обтурации просвета тощей кишки желчным камнем
4) Узлообразовании
5) Обтурации просвета толстой кишки каловым камнем

6.30. При паралитической кишечной непроходимости применяют
1) Оперативное лечение
2) Холинэргетики
3) Назоинтестинальную интубацию
4) Новокаиновую блокаду
5) Все средства стимуляции кишечника

6.31. Провоцировать развитие острой кишечной непроходимости может
1) Слабость мышц живота
2) Злоупотребление алкоголем
3) Употребление жирной и острой пищи
4) Употребление большого количества пищи, богатой клетчаткой
5) Психотравма

6.32 Для всех видов кишечной непроходимости характерны
1) Интенсивные боли в животе
2) Резкое усиление перистальтики
3) Стойкая задержка стула и газов
4) Ассимметрия живота
5) Напряжение мышц живота

7.1. Какой тип нейроэндокриновых опухолей ассоциирован с аутоиммунным гастритом
1.тип 1
2.тип 2
3.тип 3
4.тип 4

7.2. Диагностика нейроэндокринных опухолей желудка основана на проведении
1.ФГДС
2.гистологического исследования
3.гистологического исследования с применением ИГХ методов
4.ИГХ методов

7.3. Независимый фактор риска рака желудка по системе OLGA
1.II
2.III
3.IV
4.III- IV

7.4. При раке фатерова сосочка при объективном исследовании наиболее часто определяется:
1. симптом Кера
2. симптом Мак-Кензи
3. симптом Мюсси
4. симптом Курвуазье
5. симптом Менделя

7.5. Характерные клинические симптомы рака желчного пузыря все, КРОМЕ:
1.болевой
2.отечный
3.диспепсический
4.потеря массы тела
5.желтуха

7.6. Рак желчного пузыря чаще всего ассоциирован с:
1. циррозом печени
2. язвенной болезнью
3. гастродуоденитом
4. холедохолитиазом
5. дивертикулезом кишечника

7.7. Исследование какого органа следует произвести в первую очередь для исключения метастазов рака нижнеампулярного отдела прямой кишки:
1. печени
2. забрюшинных лимфатических узлов
3. легких
4. селезенки

7.8. Частота метастазирования рака ободочной кишки обусловлена:
1. локализацией опухоли
2. макроскопической формой опухоли
3. микроскопическим строением опухоли
4. степенью дифференциации клеточных элементов опухоли

7.9. В каком отделе ободочной кишки наиболее часто развиваются экзофитные формы опухоли:
1. левый угол ободочной кишки
2. поперечная ободочная кишка.
3. слепая и восходящая кишка
4. сигмовидная кишка.

7.10. При пальпации край печени у больных гепатоцеллюлярной карциномой обычно:
1. ровный
2. бугристый
3.болезненный
4. безболезненный
5.каменистой плотности
6. бугристый, болезненный, каменистой плотности

7.11. Принципы лечения гепатоцеллюлярной карциномы:
1. хирургическое лечение
2. рентгенотерапия
3.химиотерапия
4. генная терапия
5. хирургическое лечение, рентгенотерапия, химиотерапия и генная терапия

7.12. Основным иммунологическим маркером гепатоцеллюлярной карциномы является:
1. антимитохондриальные антитела
2. α-фетопротеин
3.раковый эмбриональный антиген
4. антинуклеарный фактор
5.антитела к микросомам печени

7.13. Золотым стандартом диагностики гепатоцеллюлярной карциномы является:
1. определение α-фетопротеина
2. сцинтиграфия печени
3.биопсия печени
4. УЗИ органов брюшной полости
5.КТ органов брюшной полости

7.14. Триада основных клинических признаков гепатоцеллюлярной карциномы это:
1. асцит
2. похудание
3.лихорадка
4. боли в правом подреберье
5. похудание, лихорадка и боли в правом подреберье

7.15. Опухоль Крукенберга представляет собой метастазы карциномы желудка в:

1. головной мозг
2. надключичные лимфоузлы
3. печень
4. яичники
5. брюшину

7.16. Наиболее частая локализация рака поджелудочной железы:
1. диффузная
2. хвост
3. тело
4. головка
5. выводной проток

7.17. Назовите типичную триаду симптомов, характерных для злокачественной опухоли поджелудочной железы:
1. боли
2. запоры
3.диспепсия
4. похудание
5. боли, диспепсия, похудание

7.18. Назовите классическую триаду карциноидного синдрома (карциноидная опухоль поджелудочной железы):
1. приступы гиперемии и приливов крови к лицу, туловищу, иногда сопровождающиеся бронхоспазмом
2. коллаптоидные реакции
3. диарея
4. развитие эндокардиального фиброза с отложением бляшек на створках трехстворчатого клапана, клапана легочной артерии и формированием недостаточности трикуспидального клапана и стеноза легочной артерии
5. приступы гиперемии и приливов крови к лицу, туловищу, иногда сопровождающиеся бронхоспазмом, диарея, развитие эндокардиального фиброза

7.19. У какого процента больных раком прямой кишки диагноз можно предположить по результатам пальцевого исследования:
1. у 20%.
2. у 40%
3. у 60%
4. у 80%

7.20. К злокачественным опухолям печени относятся:
1. холангиокарцинома;
2. ангиосаркома;
3. гемангиома;
4. холангиогепатоцеллюлярная карцинома;
5. холангиокарцинома, ангиосаркома, холангиогепатоцеллюлярная карцинома

7.21. Наиболее частой гистологической формой рака желудка служит:
1. аденокарцинома
2. скирр
3. солидный рак

4. плоскоклеточный рак
5. недифференцированный рак

7.22. Изъязвившейся рак желудка
1. чаще локализуется в своде
2. не имеет типичной локализации
3. чаще локализуется на малой кривизне
4. чаще локализуется в антральном отделе

7.23. Наиболее часто рак желудка метастазирует в
1. легкие
2. кости
3. головной мозг
4. печень

7.24. Карциноид располагается
1.в слизистой оболочке
2. в подслизистом слое
3. в мышечном слое
4. в серозной оболочке
5. захватывает все слои

ПРАКТИЧЕСКИЕ НАВЫКИ

1. Способность оценивать клинические, лабораторные и функциональные симптомы основных гастроэнтерологических заболеваний (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
2. Навыки планировать объем необходимых обследований для диагностики болезней органов пищеварительной системы (УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6).
3. Оформлять медицинскую документацию. (УК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-10).
4. Совместно с врачом-гастроэнтерологом обследование и ведение больных (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-9).
5. Осуществление диспансерного наблюдения пациентов с гастроэнтерологической патологией (УК-1, ПК-1, ПК-2, ПК-4, ПК-5, ПК-6).
6. Оценивать тяжесть состояния больного на основе клинических данных, результатов лабораторных и инструментальных исследований, выделять и анализировать ведущие синдромы при патологии органов пищеварительной системы (УК-1, ПК-1, ПК-5, ПК-6, ПК-8).
7. Знать патогенез основных гастроэнтерологических заболеваний, особенности их течения в различном возрасте (УК-1, ПК-5, ПК-6).
8. Применять на основе научно доказанных методов терапевтический комплекс для лечения заболеваний пищеварительной системы (УК-1, ПК-6, ПК-8).
9. Проводить дифференциальную диагностику гастроэнтерологических заболеваний (УК-1, ПК-5).
10. Умение назначать и выписывать рецепты на препараты заместительной терапии гормонами, в том числе по федеральным и региональным льготам (УК-1, ПК-6).
11. Овладеть навыками реабилитации гастроэнтерологических больных (УК-1, ПК-8).
12. Проводить просветительную работу о ведении здорового образа жизни (УК-1, ПК-2).

СИТУАЦИОННЫЕ ЗАДАЧИ

Задача № 1.1 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больной С., 69 л., жалуется на затруднение прохождения пищи по пищеводу, усиливающееся при нервной нагрузке и при определенных видах пищи. Также беспокоят боли за грудиной.
Из анамнеза жизни: курит, часто употребляет алкоголь, питание нерегулярное, всухомятку.
Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования
3. План лечения

Задача № 1.2 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больной П., 38 л. жалуется на жгучие боли в нижней части грудины, через 30 мин после еды, ежедневные, отрыжку кислым. Более 5 лет отмечает изжогу, жгучие загрудинные боли, усиливающиеся в горизонтальном положении, после обильной еды. Из анамнеза жизни: курит, часто употребляет острую пищу. Объективно: состояние удовлетворительное. Больной повышенного питания. Язык влажный, обложен у корня. Живот мягкий, болезненный в эпигастрии при наклоне вперед. По остальным органам – без особенностей.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз.
2. Перечислите заболевания, с которыми необходимо проводить дифференциальный диагноз
3. Лечебная тактика

Задача № 1.3 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больной С., 36 л., жалуется на периодически возникающие загрудинные боли, периодически отрыжку с гнилостным привкусом и запахом. Данные жалобы появились около года назад и стали постепенно усиливаться и учащаться.
Из анамнеза жизни: не курит, часто не употребляет, питание нерегулярное, всухомятку.
Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, безболезненный.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. План обследования
3. План лечения

Задача № 2.1 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Женщина А. 32 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на общую слабость, периодическую боль в эпигастральной области. Из анамнеза известно, что данные жалобы беспокоят в течение 1 месяца. За медицинской помощью не обращалась. Терапию не получала. Также около 2 месяцев принимает препараты железа по поводу анемии легкой степени. У отца – язвенная болезнь двенадцатиперстной кишки. Объективно: Температура тела 36, 6 С. ИМТ = 21.5 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые умеренно бледны. Пульс 76 уд/мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье и эпигастральной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул последний раз был 2 дня назад плотной консистенции темно-коричневого цвета. В клиническом анализе крови: гемоглобин 89 г/л, микроцитоз, гипохромия, СОЭ 9 мм/час. В биохимическом анализе крови в пределах нормы. Ваш план обследования, диагноз.

Задача № 2.2 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Женщина 36 лет обратилась к врачу-гастроэнтерологу с жалобами на ноющие, режущие боли в эпигастральной области через 1.5 часа после приема пищи, часто по ночам и натощак. Также беспокоит изжога и отрыжка кислым. В течение 5 лет, осенью, отмечает появление ноющих болей в эпигастрии. Самостоятельно принимает фосфалюгель. 4 года назад проводилась 7-дневная эрадикационная терапия. Контроль эффективности не оценивался. Из анамнеза жизни известно, что длительное время курит по 1/2 пачке в день. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 22.9 кг/м2. Кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 78 уд/мин., АД – 110/70 мм рт. ст. Язык умеренно влажный без налета. Живот мягкий, выраженная болезненность в эпигастрии справа. Там же – положительный симптом Менделя. Ваш план обследования.

Задача № 2.3 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Женщина 64 лет обратилась к гастроэнтерологу в поликлинику по месту жительства с жалобами на чувство раннего насыщения, дискомфорт в верхнем отделе живота, ощущения горечи и кислоты в ротовой полости преимущественно в вечерние часы. Со слов длительное время (более 25 лет) страдает диагнозом «хронический гастрит». Наблюдалась у терапевта, гастроэнтеролога. Неоднократно выполнялось ФГДС с обнаружением полных эрозий в антральном отделе желудка. Со слов 3 года назад выполнялась эрадикационная терапия инфекции Helicobacterpylori без последующего контроля. Схему эрадикационной терапии не помнит. Последний раз была на консультации гастроэнтеролога 3 месяца назад по поводу жжения и дискомфорта в верхнем отделе живота. Последняя терапия: новобисмол, нексиумв течении 1 месяца. Из анамнеза жизни известно, что наследственность отягощена по раку желудка у отца. На протяжении длительного времени страдает ГБ, варикозным расширением вен нижних конечностей. На постоянной терапии получает периндоприл, гидрохлортиазид, розувастатин. Прием НПВП и аспирина отрицает. Последние обследования. В биохимическом анализе крови в пределах референса. В клиническом анализе крови: гемоглобин 112 г/л, микроцитоз, гипохромия, СОЭ 31 мм/час остальные показатели в норме. ФГДС. Эрозивный антральный гастрит, поверхностный дуоденит, дуоденогастральный рефлюкс, подслизистое образование тела желудка до 4 мм в диаметре? Очаговая атрофия желудка. УЗИ ОБП: диффузные изменения печени и поджелудочной железы по типу стеатоза. Гастроэнтерологом рекомендовано выполнение гастропанели. Результаты: Пепсиноген 1 - 11.3 мкг/л (30-160), пепсиноген 2 – 9.0 мгк/л (3-15), Пепсиноген 1/пепсиноген 2 - 1.0 (3-20), гастрин 17 (базальный) 19.8 пмоль/л (1-7), антитела к HP 41.8 (> 30 ед – положительно). Объективно: Температура тела 36, 6 С. ИМТ = 26.5 кг/м2. Пульс 96 уд/мин, АД 145/90 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. При поверхностной и глубокой пальпации безболезненный во всех отделах. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 2.4 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Пациент В. 29 лет, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на ежедневный дискомфорт и периодическую боль в эпигастральной области. Данные симптомы беспокоят уже около 8 месяцев. Не обследовался, не лечился. Периодически принимал ферменты с незначительным положительным эффектом. В связи с сохранением жалоб обратился к терапевту. При обследовании в клиническом анализе крови без патологии, уровень СРБ не повышен, глюкоза, АЛТ, АСТ, в пределах нормы. УЗИ ОБП: Диффузные умеренные изменения паренхимы печени по типу стеатоза. Диффузные умеренные изменения паренхимы поджелудочной железы. ФГДС: НК. Эрозивный бульбит. По результатам ФГДС направлен к гастроэнтерологу. Объективно: Температура тела 36,5 С. ИМТ = 25.6 кг/м2. Пульс 100 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. При поверхностной и глубокой пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области. Симптомов раздражения

брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, желтого цвета, безболезненно. Стул оформленный, коричневого цвета без видимой крови и слизи, через день. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 2.5 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Мужчина К., 29 лет обратился к гастроэнтерологу по рекомендациям терапевта. Активно жалоб не предъявляет. Аппетит сохранен. Вес набирает. Из анамнеза заболевания известно, что при прохождении медицинского осмотра по данным ФГДС обнаружена недостаточность кардии, антральная эрозивная гастропатия. Признаки ДЖВП. По данным УЗИ ОБП: диффузные изменения поджелудочной железы. В клиническом и биохимическом анализе крови без отклонений. Пациент длительное время курит, алкоголем не злоупотребляет. Питается регулярное, 4-5 раз в день, отмечает пристрастие к острой и соленой пище. Объективно: Температура тела 36, 6 С. ИМТ = 31.3 кг/м2. Пульс 88 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. При поверхностной и глубокой пальпации безболезненный во всех отделах, затруднен для пальпации. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, желтого цвета, безболезненное. Стул оформленный, коричневого цвета без видимой крови и слизи до 2х раз в сутки. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации. Какие факторы риска имеются у пациента, усугубляющие течение заболевания?

Задача № 2.6 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больная Х. 27 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на кислый привкус во рту, периодическую боль в эпигастральной области тупого и режущего характера с иррадиацией в левое подреберье, которая усиливается после приема пищи (мясная и жирная пища) через 1,5 часа, а также натощак. Боль периодически купируется темпалгином, ношпой или омепразолом. С актом дефекации боль не связана. Также отмечает периодическую тошноту, отсутствие аппетита. Из анамнеза известно, что считает себя больной в течение 4 месяцев, когда на фоне благополучия проявились вышеописанные боли. За медицинской помощью не обращалась. Лечилась самостоятельно НПВП (темпалгин) с периодическим эффектом до 2 таблеток в день, ношпой и омепразом с кратковременным эффектом (однократный прием). Данные приступы возникают 2 раза в неделю. Стул через день, оформленный, без патологических примесей. Последний приступ был 2 дня назад, когда отметила появление общей слабости, тумана перед глазами, тошноты и сжимающих болей в животе, а также послабление кашицеобразного темно-коричневого цвета. Повышения температуры и рвоты не было. Вызвала СМП, оказана симптоматическая терапия. Диагноз: острый гастроэнтероколит. Рекомендовано обратиться в поликлинику по м/ж и прием омепразола по 1 капсуле 1 раз в день. Объективно: Температура тела 36, 7 С. ИМТ = 29.3 кг/м2. Пульс 105 уд/мин, АД 100/80 мм.рт.ст. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот при пальпации мягкий, безболезненный. При глубокой пальпации умеренная болезненность в эпигастральной, в левой и правой подреберной области. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Стул плотный, темно-коричневый, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 2.7 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Мужчина К. 35 лет обратился с жалобами на тупые боли в эпиагастральной области, возникающие через 1,5-2 часа после приема пищи, во время сна, уменьшающиеся после приема соды и молока. Также отметил 2 раза рвоту пищей, кислым содержимым, приносящая облегчение. Считает себя больным в течении 7 лет, когда периодически стали беспокоить изжога и дискомфорт в эпигастральной области, стихающие после приема антацидов. Впоследствии боли возникали постоянно в весенне-осенний период. Настоящее

ухудшение отметил последние 2 недели, когда появились вышеописанные жалобы. Возникающая рвота на высоте болей заставила обратился за медицинской помощью. Примесь крови в рвотных массах, черного дегтеобразного стула отрицает. Хронические заболевания отрицает. Курит по полпачки в день, алкоголь употребляет по праздникам. Аллергических реакций не было. Объективно: Температура тела 36,5 С. ИМТ = 25.6 кг/м2. Пульс 78 уд/мин, АД 120/80 мм.рт.ст. Язык влажный, без налета. Живот равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации отмечается болезненность в пилородуоденальной зоне, умеренная разлитая болезненность в эпигастрии. Симптомов раздражения брюшины нет. Печень по краю реберной дуги. Селезенка не пальпируется. Мочеиспускание свободное, желтого цвета, безболезненно. Стул плотный, отсутствует 2 дня. Ваш план обследования, диагноз и рекомендации.

Задача № 3.1 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больная, 54 лет, обратилась в поликлинику. Жалобы на: боли в левой подвздошной области тянущего характера, склонность к запорам. Стул через день, иногда через 2. Подобные боли периодически беспокоят последний год, как правило, в связи с задержкой стула. Поводом для обращения стал совет врача гинеколога, поскольку была отмечена выраженная болезненность при вагинальном исследований. Анамнез жизни без особенностей. Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Язык влажный. Живот мягкий, болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень по краю рёберной дуги, пальпируемых образований в брюшной полости не определяется. Какие лабораторные и инструментальные методы диагностики необходимы для постановки диагноза?

Задача № 3.2 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Пациентка, 20 лет. Жалобы на: ноющие боли в околопупочной области, вздутие живота после еды, обильный кашицеобразный стул до 3-5 раз в сутки, снижение массы тел на 5 кг за год. Считает себя больной с детства, когда появилась периодическая ноющая боль в околопупочной области живота, обильный жидкий стул до 2-3 раз в сутки, усиливающаяся после приема в пищу хлебобулочных, макаронных изделий. Последнее время отмечает ухудшение состояния, усиление боли в животе, учащения стула до 5-6 раз. В детстве болела рахитом, отставала в физическом развитии. Состояние средней степени тяжести. Индекс массы тела 17,2 кг/м^2, кожные покровы бледные, голени отечные. Живот умеренно вздут, болезненный при пальпации в околопупочной области. Какой инструментальный метод исследования необходим для верификации диагноза?

Задача № 3.3 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Пациент, 56 лет. Жалобы: учащение стула до 6-8 раз в сутки без патологических примесей. Считает себя больным более 5 лет, когда впервые появилась общая слабость, лихорадка до 38,4°С, потеря аппетита, головокружение, артралгии коленных, голеностопных, лучезапястных суставов, которые носили приступообразный, летучий характер. Рецидивы боли по 3-4 раза в неделю, особенно в холодную сырую погоду. Иногда пораженные суставы были болезненными и припухшими. Пациент обследован ревматологом и онкологом. Был поставлен диагноз палиндромного ревматизма. Получал нимесулид с хорошим эффектом. Спустя 4 года присоединилась диарея. За последние 3 месяца похудел на 18 кг. Состояние средней степени тяжести. Индекс массы тела 17,3 кг/м2. Температура тела 38,5 °С. Пальпируются подмышечные шейные, паховые лимфоузлы размером не более 5 мм, подвижные, безболезненные, эластичной консистенции. Суставы визуально не изменены, движения в полном объеме. Живот вздут, симметричный. При пальпации определяется локальная мышечная защита и болезненностью в эпигастрии. Симптомы раздражения брюшины отрицательные. Печень и селезенка не увеличена. По данным гастроскопии

выявлены недостаточность кардии, очаговый гастрит. По данным УЗИ органов брюшной полости выявлены диффузные изменения печени, мочекаменная болезнь. Наиболее вероятный диагноз? Обоснование?

Задача № 3.4 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Пациентка, 43 лет, на осмотре у врача. 3 месяца назад по поводу острого пиелонефрита больная получала антибиотики широкого спектра действия, достигнута ремиссия. Однако спустя примерно месяц появились метеоризм, дискомфорт в мезогастрии, неустойчивый стул до 3-4 раз в сутки. Постепенно неустойчивый стул трансформировался в диарею, частота которой спонтанно варьировала от 5- 6 до 10-12 раз в сутки. Понос сопровождался ложными и императивными позывами, отделением слизи. Около недели назад присоединилась субфебрильная лихорадка. Больная госпитализирована в стационар. Состояние средней степени тяжести. Температура тела 38,8 °С. Живот вздут. При пальпации определяется локальная болезненность и мышечная защита в мезогастрии и левой подвздошной области, симптомы раздражения брюшины отрицательные. Наиболее вероятный диагноз? Какой инструментальный метод нужен для его подтверждения?

Задача № 3.5 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Женщина, 30 лет, на приеме участкового врача терапевта жалуется на “выкручивающие” боли в животе, чаще в левой подвздошной области, возникающие на фоне стрессовых и конфликтных ситуаций, обычно во 2 половине дня, уменьшающиеся или исчезающие после дефекации; на тянущие боли, дискомфорт в животе без определённой локализации, возникающие обычно после обеда, сопровождающиеся вздутием живота и проходящие после отхождения газов или приема сорбентов; на головные боли, возникающие во 2 половине дня. С 27 лет на фоне конфликтных ситуаций на работе появились послабления стула и учащение дефекации до 3-4 раз в день. Клинически значимых отклонений при объективном обследовании не выявлено. Лабораторные исследования и колоноскопия отклонений от нормы не показали. Какой диагноз Вы сформулируете? Какие группы препаратов необходимы назначить?

Задача № 3.6 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
У больного 55 лет появился частый стул - до 20-30 раз в сутки, с примесью крови и слизи, температура 38,0°С, боли в левой подвздошной области, которые усиливаются при позывах к дефекации. Бактериологическое исследование кала: патогенной флоры, простейших, яиц гельминтов не выявлено. Ректороманоскопия - слизистая оболочка резко гиперемирована, отечная, имеются поверхностные, разных размеров кровоточащие язвы. При рентгенографии: складки слизистой оболочки утолщены, умеренное диффузное расширение кишки, циркулярные спастические сокращения. Ваш диагноз?

Задача № 3.7 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Пациентка, 34 лет на приеме у врача-гастроэнтеролога. Жалобы на боль в нижних отделах живота, спастического характера, усиливающуюся через полтора часа после еды, в том числе ночью, уменьшающуюся после акта дефекации; вздутие живота; полуоформленный стул 2 раза в день с примесью крови; общую слабость; периодически возникающую боль в коленных суставов. Два года назад впервые появилась ноющая боль в животе, кашицеобразный стул. Самостоятельно принимала спазмолитики, НПВС без значимого эффекта. Обратилась к врачу, когда появилась кровь в стуле. Нормостеник, температура 36,5°С. Живот мягкий, умеренно вздут при пальпации, болезненный в правой и левой подвздошной областях. Колоноскопия: баугиниева заслонка зияет, в куполе слепой кишки множественные до 0,5 см щелевидные язвы, в восходящей ободочной кишке множественные язвы неправильной формы, покрытые фибрином, полиповидные образования. В нисходящей

кишке множественные глубокие язвы, чередующиеся с неповрежденной слизистой. Морфологическое исследование: полиповидное фрагменты гиперплазии слизистой толстой кишки с выраженной клеточной инфильтрацией собственного слоя, изъявлениями. Диагноз?

Задача № 3.8 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больная, 57 лет, обратилась в поликлинику. Жалобы на: боли в левой подвздошной области тянущего характера, склонность к запорам (стул через 1-2 дня). Подобные боли периодически беспокоят последний год, как правило, в связи с задержкой стула. Поводом для обращения стал остро возникший накануне кратковременный приступ боли в животе с метеоризмом после употребления порции винегрета. Анамнез жизни без особенностей. Состояние удовлетворительное. Нормостеник. Язык влажный. Живот мягкий. Болезненный при пальпации по ходу кишечника с максимумом в зоне сигмовидной кишки. Печень по краю рёберной дуги, пальпируемых образований в брюшной полости не определяется. При колоноскопии выявлены дивертикулы нисходящей и сигмовидной кишки без признаков дивертикулита. Какая группа слабительных предпочтительна для назначения таким пациентам? Какие антибактериальные средства назначают для курсовой терапии при дивертикулярной болезни?

Задача № 3.9 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
У больной 40 лет, страдающей дивертикулезом ободочной кишки, возникли боли в левой подвздошной области, поднялась температура до 39°С, отмечалась задержка газов и стула. За медицинской помощью обратилась через 3 суток. При осмотре: в левой подвздошной области пальпируется опухолевидное образование без четких границ, плотное, болезненное, малоподвижное; в анализе крови - лейкоцитоз. При УЗИ: тень неоднородная по строению, с высокой акустической плотностью, в центре которой гомогенная тень с ровными контурами. Ваш диагноз?

Задача № 4.1 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больная Р., 42 лет, жалуется на интенсивный зуд кожи преимущественно в вечернее время, незначительное увеличение живота в размерах, чувство тяжести в правом подреберье, выраженную слабость, утомляемость, снижение трудоспособности. Физиологические отправления в норме. Считает себя больной около 3 лет, когда впервые появились слабость и зуд кистей и стоп в ночное время, по поводу которого длительное время лечилась у дерматолога без эффекта. Постепенно присоединилась тяжесть в правом подреберье, увеличился живот, усилилась слабость, зуд стал более интенсивным и распространенным. В связи с прогрессирующим ухудшением состояния обратилась в поликлинику по месту жительства. Участковым врачом направлена на госпитализацию для обследования и подбора терапии.
Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.
Профессиональный анамнез: бухгалтер, профессиональные вредности отрицает.
Диету соблюдает. Вредные привычки отрицает.
Наследственность: у матери – ИБС, у отца - ХОБЛ.
Туберкулез, вирусные гепатиты отрицает.
Аллергологический анамнез не отягощен.
Объективно: общее состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Нормостеник. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, сухие, на спине, животе, предплечьях и голенях следы расчесов. Подкожно-жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 16 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное,

хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 78 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 78 в мин. Язык влажный, у корня обложен белым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, равномерно увеличен, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации положительный. При перкуссии над всеми отделами тупой звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пропальпировать отделы толстого кишечника не удается, область пальпации безболезненна. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень пальпируется на 3см ниже реберной дуги по средне-ключичной линии, при пальпации умеренно болезненна, плотная, край острый, размеры по Курлову 12 х 10 х 9 см. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4 см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.
Вопрос:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План лечения?

Задача № 4.2 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больная К., 43 лет, обратилась к врачу с жалобами на периодические боли в правом подреберье, тянущие, ноющие, иррадиирующие в правую лопатку и плечо, возникают после приема жирной пищи, длятся до 2-х часов, проходят самостоятельно. Стул один раз в три – четыре дня, оформленный, коричневого цвета, без патологических примесей.
Считает себя больной около 3 лет, когда впервые после употребления алкоголя и жирной пищи возникли боли в правом подреберье с иррадиацией в правую лопатку. За медицинской помощью не обращалась, самостоятельно принимала но-шпу. С этого времени после погрешностей в диете подобные обострения, не обследовалась, не лечилась. Около года назад присоединились запоры. Сегодня после употребления алкоголя и жареной пищи возобновились боли, вызвала скорую помощь, доставлена в сан. пропускник.
Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.
Профессиональный анамнез: работает продавцом в продуктовом магазине, часто не регулярный прием пищи, употребление жирной и жареной пищи.
Вредные привычки: не курит, алкоголь – редко в небольших количествах.
Наследственность: у мамы – хронический холецистит, у отца – ЖКБ.
Ведет малоподвижный образ жизни.
Аллергологический анамнез не отягощен.
Объективно: общее состояние удовлетворительное, сознание ясное, положение активное. Гиперстеник. Кожные покровы телесного цвета, нормальной влажности, чистые. Видимые слизистые розового цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита избыточно, распределена равномерно, толщина подкожно-жировой складки на уровне пупка - 6см, по средне-ключичной линии – 4см. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 72 в мин., удовлетворительного наполнения

и напряжения. АД 130/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, увеличен за счет подкожно- жировой клетчатки, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Эластичной консистенции, подвижность сохранена. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 х 9 х 7см. Пузырные симптомы Кера, Мерфи, Ортнера - положительные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4 см. поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации безболезненная. Поясничная область при осмотре не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Вопросы:

1.Предварительный диагноз?

2.План обследования?

3.План терапии?

Задача № 4.3 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)

Больная Р., 52 года, поступила в клинику с жалобами на тупые боли в области правого подреберья с иррадиацией в правое плечо, повышение температуры до 38 °С, тошноту, рвоту, потливость, слабость. Из анамнеза заболевания известно, что в течение 4 лет беспокоят приступообразные боли в правом подреберье с иррадиацией в правые отделы, возникающие после погрешностей в диете (прием жирной, острой пищи). В течение последнего года подобное обострение второе. Лечилась самостоятельно: соблюдала диету, принимала спазмолитики, использовала грелку. Анамнез жизни. Домохозяйка, ведет малоподвижный образ жизни. Питание: употребляет много острой, жареной, жирной пищи, эпизодически алкоголь, отмечает большие промежутки времени между приемами пищи. Гинекологический анамнез: 3 беременности, 3 родов. Гинекологические заболевания отрицает. При осмотре состояние больной средней тяжести. Рост — 161 см, вес — 78 кг. Кожные покровы и видимые слизистые оболочки нормальной окраски. Грудная клетка цилиндрической формы, симметричная. При перкуссии легких определяется ясный легочный звук. В легких дыхание везикулярное, хрипы не выслушиваются. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. При аускультации I и II тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. ЧСС 92/мин. АД 130/80 мм рт. ст. на обеих руках. Язык обложен белым налетом. При поверхностной пальпации живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Симптомов раздражения брюшины нет. Желчный пузырь не пальпируется. Пальпируемые отделы толстой кишки нормальных размеров, безболезненные. Определяются болезненность в зоне желчного пузыря при поколачивании по реберной дуге справа, болезненность при надавливании большим пальцем в проекции желчного пузыря на вдохе. Выявлена болезненность при надавливании между ножками грудино-ключично-сосцевидной мышцы справа. Размеры печени по Курлову — 9 х 8 х 7 см. Край печени по правой срединноключичной линии не пальпируется. Селезенка не увеличена. Стул: склонность к запорам.

Лабораторно-инструментальные исследования. В общем анализе крови: гемоглобин — 138 г/л, лейкоциты — 9,4 х 109/л, палочкоядерные нейтрофилы — 4%, сегментоядерные

нейтрофилы — 68%, эозинофилы — 0%, лимфоциты — 19%, моноциты — 9%, СОЭ — 19 мм/ч.
При холецистографии выявлено замедление опорожнения желчного пузыря, моторика желчевыводящих путей замедлена.
УЗИ печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Печень: размеры не увеличены, контуры ровные, паренхима имеет однородную малоэхогенную структуру. Общий желчный проток не расширен (около 4 мм). Желчный пузырь: натощак растянут с признаками застоя желчи, отмечаются деформация и утолщение его стенки (толщина стенки 5 мм), конкрементов не выявлено. Через 30 минут после назначения желчегонного завтрака (2 сырых яичных желтка) опорожнение замедлено и недостаточное.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

Задача № 4.4 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больная Б., 45 лет, поступила с жалобами на тупые боли в правом подреберье, иррадиирующие в правую лопатку, неприятный вкус во рту, тошноту, неоднократную рвоту с примесью желчи, кожный зуд. Из анамнеза заболевания известно, что в течение последних 5 лет отмечает частые приступы болей в правом подреберье, сопровождающиеся неприятным
вкусом во рту, тошнотой, рвотой с примесью желчи, иногда повышением температуры тела до субфебрильных цифр. Боли провоцировались приемом острой и жирной пищи, иногда физической нагрузкой. Подобные обострения наблюдались 5–6 раза в год. С вышеуказанными симптомами к врачам не обращалась.
Настоящее ухудшение — в течение последних 4 дней, когда вышеуказанные боли в правом подреберье участились, повысилась температура до фебрильных цифр и появился кожный зуд. В гинекологическом анамнезе у больной 2 беременности, 2 родов.
При осмотре состояние больной средней тяжести. Рост 166 см. Вес 82 кг.
Кожные покровы и видимые слизистые оболочки иктеричны, следы расчесов на коже. Температура тела 38,3 °С. Перкуторно границы легких в пределах нормы. Аускультативно — дыхание везикулярное, хрипов нет. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца нормальной звучности, шумы не выслушиваются. ЧСС 96 уд. в мин. АД 130/75 мм рт. ст. Язык сухой, обложен белым налетом. Живот мягкий, болезненный в правом подреберье. Отмечается усиление болевой чувствительности на вдохе при пальпации в области проекции желчного пузыря. Выявляется болезненность при надавливании между ножками правой грудино-ключично-сосцевидной мышцы у верхнего края ключицы. Размеры печени по Курлову 9 х 8 х 6 см. Лабораторно-инструментальные исследования. Клинический анализ крови: гемоглобин 137 г/л, лейкоциты 14,9 х 109/л, палочкоядерные нейтрофилы 8%, сегментоядерные нейтрофилы 69%, эозинофилы 2%, лимфоциты 12%, моноциты 9%, СОЭ 25 мм/ч.
Биохимический анализ крови: общий билирубин 52 ммоль/л, прямой билирубин 38 ммоль/л, АСТ 38 ЕД/л, АЛТ 36 ЕД/л, холестерин 6,7 ммоль/л, амилаза 87 ЕД/л, щелочная фосфатаза 218 ЕД/л, глюкоза 5,3 ммоль/л.
УЗИ печени, желчного пузыря и желчевыводящих путей. Печень: размеры не увеличены, контуры ровные, паренхима имеет однородную малоэхогенную структуру. Желчный пузырь: деформация и утолщение его стенки (толщина стенки 5 мм), выявлены 2 конкремента, диаметром 5 мм и 7 мм. Общий желчный проток не визуализируется.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?

3.План терапии?

Задача № 4.5 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Пациентка В., 39 лет, поступила в терапевтическое отделение с жалобами на уменьшение аппетита, слабость, общее недомогание, снижение веса, пожелтение склер.
Из анамнеза: работает менеджером в крупной компании, ведет здоровый образ жизни, употребление алкоголя отрицает. Месяц назад во время профилактического осмотра в частной клинике отмечалось повышение уровней АЛТ (100 МЕ/л) и АСТ (120 МЕ/л). Поставлен диагноз «неалкогольная жировая болезнь печени», даны рекомендации по изменению образа жизни, назначена витаминотерапия. Исследование анализов в динамике не проводилось. При более подробном опросе выяснилось, что за месяц до визита в частную клинику по совету друзей начала принимать некое «средство китайской народной медицины» с «общеукрепляющим» эффектом. Через неделю прием прекратила, поскольку обратила внимание на бессонницу и повышенную нервозность. В течение последующего месяца постепенно начала прогрессировать слабость, начала снижаться масса тела (на 3 кг), отмечалось общее недомогание, в последние 3 дня отметила желтушное окрашивание склер.
При осмотре: состояние средней тяжести, больная нормального телосложения и питания, отмечается желтушность склер и слизистых. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 80 в минуту, АД 120/70 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный при глубокой пальпации в правом подреберье, край печени закруглен, выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.
Проведены лабораторные исследования. В общем анализе крови гемоглобин 110 г/л, лейкоциты 7,8 109/л, лейкоцитарная формула без особенностей, СОЭ 52 мм/ч. В биохимическом анализе крови общий белок 62 г/л, альбумин 42 г/л,
общий билирубин 44 мкмоль/л, АЛТ 140 МЕ/л, АСТ 180 МЕ/л, IgG 22,5 г/л (при норме 5–16 г/л). Маркеры вирусных гепатитов (HBsAg, анти-HCV-антитела) не выявлены, RW, ВИЧ отрицательны. Титр антинуклеарного фактора 1:320 (при норме менее 1:160).
На УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, диаметр v. portae 0,9 см, свободной жидкости в брюшной полости нет.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

Задача № 4.6 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Пациент Д., 39 лет, поступил в терапевтическое отделение с жалобами на слабость, раздражительность, пожелтение склер, общее недомогание, изжогу. Из анамнеза: работает IT-специалистом, употребление алкоголя отрицает. Полгода назад побывал в туристической поездке в одной из стран Юго-Восточной Азии, где вступал в беспорядочные половые связи с местными жителями. После возвращения отметил постепенное нарастание слабости, раздражительности. За 2 дня до госпитализации отметил появление слабого желтого окрашивания склер.
При осмотре: состояние средней тяжести, больной нормального телосложения и питания, отмечается желтушность склер. В легких дыхание везикулярное, хрипов не выслушивается. Тоны сердца ясные, ритмичные, ЧСС 90 в минуту, АД 130/80 мм рт. ст. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный приглубокой пальпации в правом подреберье, край печени закруглен, выходит из-под края реберной дуги на 2 см. Селезенка не увеличена. Периферических отеков нет.
В общем анализе крови: гемоглобин 130 г/л, лейкоциты 6,1 х 109/л, СОЭ 26 мм/ч. В биохимическом анализе крови: общий белок 78 г/л, альбумин 49 г/л, общий билирубин 40

мкмоль/л, АЛТ 95 МЕ/л, АСТ 49 МЕ/л. Выявлены анти-HCV-антитела. HBsAg, RW, ВИЧ отрицательны. По данным УЗИ органов брюшной полости: диффузные изменения печени и поджелудочной железы, увеличение печени, диаметр v. portae 0,8 см, свободной жидкости в брюшной полости нет.
Вопросы:
1.Предварительный диагноз?
2.План обследования?
3.План терапии?

Задача № 5.1 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больная Ж., 33 лет, жалуется на ноющие боли в эпигастральной области, иррадиирующие в спину, возникают через 30-40 минут после приема жирной пищи и алкоголя, длятся до 3-х часов, проходят самостоятельно, тошноту, отрыжку воздухом, вздутие живота. Стул 2-3 раза в день, кашицеобразный, с жирным блеском, зловонный, плохо смывается с унитаза.
Считает себя больной около 1 года, когда постепенно появилась вышеперечисленная симптоматика; за медицинской помощью не обращалась, самостоятельно не лечилась. В течение последнего месяца начала соблюдать диету (исключила прием алкоголя и жирной жареной пищи), принимала но-шпу, отметила незначительное улучшение самочувствия – уменьшились боли в животе, сохраняется тяжесть в животе после еды, отрыжка воздухом, вздутие живота, неустойчивый стул.
Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.
Профессиональный анамнез: официантка в ресторане, питается регулярно, часто погрешности в диете.
Вредные привычки: курит в течение 7 лет 1 пачка сигарет в день, употребляет крепкие алкогольные напитки.
Наследственность: у матери сахарный диабет 2 типа, отец - ИБС.
Аллергологический анамнез не отягощен.
Объективно: сознание ясное, положение активное. Астеник. ИМТ 17 кг/м 2. Кожные покровы и видимые слизистые бледно-розовые, влажные, чистые. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 18 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 88 в мин., удовлетворительного наполнения и напряжения. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 88 в мин. Язык влажный, у корня обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой хорошо выражен. Живот правильной формы, подвздут, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При пальпации мягкий, незначительно болезненный в правом подреберье, перитонеальные симптомы отрицательные. Симптом флюктуации отрицательный. При перкуссии над всеми отделами тимпанический звук. Аускультативно над всеми отделами выслушиваются шумы перистальтики. При глубокой пальпации пальпируются все отделы толстого кишечника, безболезненны. Тонкий кишечник не пальпируется, область пальпации безболезненна. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 8 х 7 х 6см. Пузырные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 6 х 4см. Поджелудочная железа не пальпируется, область пальпации болезненна. Поясничная область при осмотре не изменена, симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.
Вопрос:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Каков прогноз заболевания?

Задача № 5.2 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больной К., 45 лет, обратился к врачу в связи с жалобами на давящие, боли в эпигастральной области, периодически опоясывающие, возникают через 40 минут после употребления жирной и жареной пищи, уменьшаются самостоятельно через 30-40 минут, но совсем не проходят, сопровождаются вздутием живота; рвоту, не приносящую облегчения, отрыжку воздухом; желтушность кожных покровов и склер, стул 1 раза в день, оформленный, белого цвета, без патологических примесей; мочеиспускание 3-4 раза в день, свободное, безболезненное, моча «цвета пива».
Считает себя больным около года, когда после погрешности в диете (прием алкоголя, жирной и копченой пищи) возникла боль в правом подреберье, желтушность склер. За медицинской помощью не обращался, постепенно симптомы прошли самостоятельно. Около месяца назад боли стали опоясывающими, присоединилось вздутие живота. 3 дня назад, после «застолья» возобновились боли, вздутие живота, отрыжка воздухом, тошнота, рвота после приема любой пищи не приносящая облегчения, коллеги по работе обратили внимание на желтушность кожи и слизистых. Два дня назад стал обесцвеченным кал и моча «цвета пива». Вызвал скорую помощь, доставлен в инфекционную больницу. Диагноз вирусного гепатита исключен, доставлен в приемное отделение городской больницы для дальнейшего обследования. Вышеперечисленные симптомы сохраняются.
Перенесенные заболевания: детские инфекции, ОРВИ.
Профессиональный анамнез: работает слесарем.
Питается не регулярно, диету не соблюдает.
Вредные привычки: не курит, алкоголь употребляет редко.
Наследственность: у матери – гипертоническая болезнь, у отца – хронический панкреатит. Аллергологический анамнез не отягощен.
Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное, положение активное. Кожные покровы и видимые слизистые желтого цвета, нормальной влажности, чистые. Подкожно жировая клетчатка развита умеренно, распределена равномерно. Отеков нет. Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. Частота дыхания 18 в минуту.Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 72 в мин., удовлетворительных качеств. АД 120/80 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, шумов нет, ЧСС 72 в мин. Язык влажный, обложен бело-желтым налетом, сосочковый слой выражен умеренно. Живот правильной формы, равномерно участвует в акте дыхания, при пальпации мягкий, болезненный в эпигастрии, перитонеальные симптомы отрицательные, симптом флюктуации отрицательный. При глубокой пальпации определяется болезненность в области поджелудочной железы. Печень не пальпируется, пальпация безболезненна, размеры по Курлову 9 х 8 х 7см., пузырные симптомы отрицательные. Селезенка пальпаторно не определяется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 7 х 5см. При осмотре поясничная область не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.
Вопрос:
1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Чем может быть обусловлен более высокий риск развития портальной гипертензии при подпеченочной форме данного заболевания?

Задача № 5.3 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больная Б. 52 года. На протяжении 8 лет у него периодически (после алкоголя) отмечаются боли в верхней половине живота с иррадиацией в спину, тошнота, рвота, отсутствие аппетита, поносы. Лечился у терапевта по поводу "колита". В период обострения отмечается снижение веса, бледность кожных покровов, болезненность в левом подреберье, тошнота, рвота. Печень и селезенка не увеличены. Анализ крови без видимых отклонений от нормы. В копрограмме– креаторея, в большом количестве нейтральный жир.
Вопрос:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие исследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача № 5.4 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больной Ж. 32 лет, доставлен в приемный покой после употреб-ления алкоголя, с жалобами на сильные боли в эпигастрии, тошноту, неукротимую рвоту, вздутие живота, снижениедиуреза. Объективно: кожный покров бледен, пульс 110 в 1 мин. АД 100/60 мм рт. ст. Отдышка до 24 в 1 минуту. Дыхание ослабленное, до хрипов нет. Живот симметричный, участвует в акте дыхания, на боковых отделах мраморность. При пальпации напряжение брюшной стенки в эпигастральной области, здесь же максималь-ная болезненность, определяемая даже при перкуссии со сглажен-ной печеночной тупостью. Ослабление перистальтики. Свободная жидкость в брюшной полости не определяется. Симптомов раздражения брюшины нет.
Вопросы:

1. Наиболее вероятный диагноз?
2. Какие дополнительные методы обследования необходимы для уточнения диагноза?

Задача № 5.5 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Мальчик Д. 12 лет, поступил в отделение на обследование в связи с ноющими болями в верхней половине живота после приема жаренной и жирной пищи, снижением аппетита, тошнотой, повторной рвотой. Данные анамнеза. С 5 лет находится на диспансерном учете у аллерголога с диагнозом: пищевая аллергия, атопический дерматит. В 7 лет перенес гепатит А. Со слов мамы ребенка, диету мальчик не соблюдает. С 9 лет после обеда в школе и физической нагрузки часто беспокоят ноющие боли опоясывающего характера в верхней половине живота, продолжающиеся до2 часов и ослабевающие в положении сидя с наклоном туловища вперед. Боли сопровождаются тошнотой, метеоризмом, сухостью слизистых полости рта и проходят после приема но-шпы. Данные объективного осмотра: Масса тела 28 кг, рост 132 см. Мальчик астенического телосложения. Состояние средней тяжести. Температура тела 36.80С. Выражены суборбитальные тени. Кожа чистая, бледная. Зев чистый, миндалины рыхлые, гипертрофированы. Язык обложен. В легких везикулярное дыхание. ЧДД 20 в минуту. Тоны сердца ритмичные, ясные, систолический шум на верхушке. Живот мягкий, болезненный при пальпации в левом подреберье, зоне Шоффара, положительные симптомы Кача, Мейо-Робсона, Керте. Печень и селезенка не пальпируется. Стул кашицеобразный, без патологических примесей с жирным блеском. Температура 36.8°С. Биохимический анализ крови: общий белок 78 г/л, мочевина 5.2 ммоль/л, холестерин 3.4 ммоль/л, триглицериды 0.72 ммоль/л, βлипопротеиды 42 ммоль/л, билирубин прямой 3.8, непрямой 12.8 мкмоль/л, амилаза 520 ЕД/л. Копрограмма: значительное количество непереваренных мышечных волокон, большое количество нейтрального жира. УЗИ: гиперэхогенность поджелудочной железы, чередование гипер- и гипоэхогенных участков, четкий контур, расширение главного панкреатического протока.
Вопросы:

1. Какой наиболее вероятный диагноз?

2. С какими заболеваниями следует провести дифференциальную диагностику?

Задача 6.1. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больная 52 лет, поступила с жалобами на сильные боли, опоясывающегохарактера в верхних отделах живота, тошноту, многократную рвоту, сухость во рту, резкую слабость. Боли появились накануне вечером послеприема обильной, жирной пищи. Давность заболевания 12 часов.
При поступлении состояние больной средней тяжести. Рост 162 см, вес 86кг., температура тела -36,7С. Пульс 110 уд/мин, А/Д 120/80 мм рт.ст. Язык сухой, обложенсеро-коричневым налетом. Живот умеренно вздут за счет верхних отделов, слабо участвует в акте дыхания. При пальпации умеренно болезненный в эпигастральной области, в правом и левом подреберье. Положительный симптом Керте, Мейо-Робсона. Симптомов раздражения брюшины нет.Диастаза мочи 512 ед. Крови 256 ед.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. Лечебные мероприятия

Задача 6.2. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больной 26 лет поступил на 4-й день заболевания. Собранный анамнез и клиническая картина в момент осмотра не вызывают сомнения в том, что у больного острый аппендицит. Однако в правой подвздошной области отчетливо определяется плотное, неподвижное образование размером 10х12 см, прилегающее к гребешку подвздошной кости, болезненное при пальпации. Общее состояние больного вполне удовлетворительное, перитонеальные симптомы не выражены.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. Тактика ведения пациента

Задача 6.3. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больная 65 лет, находится в терапевтическом отделении по поводу ишемической болезни сердца, стенокардии покоя.
6 часов назад у больной внезапно появились боли в левом подреберье, в левой половине грудной клетки, отдающие в левое плечо, тошнота, сухость во рту, слабость.
Состояние на момент осмотра средней тяжести. Кожа бледная, акроцианоз, пульс-88 в мин., аритмичный. А/Д 110/90 мм рт. ст. В легких дыхание везикулярное, хрипов нет. Сердечные тоны глухие, единичные экстрасистолы, шумов нет. Язык влажный, обложен у корня серым налетом. Живот умеренно вздут за счет верхних отделов, участвует в акте дыхания. При пальпации живот мягкий, болезненный в эпигастральной области, в левом подреберье, симптомов раздражения брюшины нет. Кишечные шумы вялые, газы отходят с трудом.
Лейкоцитоз 12 тыс., в лейкоформуле имеется палочкоядерный сдвиг до 7 %. На ЭКГ выявлена ишемия задней стенки левого желудочка. Диастаза мочи 256 ед.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз

Задача 6.4. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больная 69 лет, тучная женщина, страдает желчнокаменной болезнью, хроническим калькулезным холециститом, тяжелым сахарным диабетом, кардиосклерозом с недостаточностью кровообращения II, А степени. Приступы холецистита у больной бывают 3−4 раза в год.

Два дня назад после погрешностей в диете начался очередной болевой приступ с иррадиацией болей в правое плечо и лопатку, тошноту, многократную рвоту, не приносящую облегчения. При поступлении состояние средней тяжести, определяется болезненность в правом подреберье, положительные симптомы Ортнера, Кера, френикус-симптом.
УЗИ при поступлении — желчный пузырь 146×72 мм, стенка желчного пузыря 8 мм, в области шейки желчного пузыря фиксированный конкремент 41×32 мм, холедох 6 мм. Начата консервативная терапия. При динамическом УЗИ спустя сутки ультразвуковая семиотика прежняя.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Принципы консервативной терапии
3. Лечебная тактика

Задача 6.5. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больной, 35 лет, поступил в хирургическое отделение в экстренном порядке с жалобами на постоянные боли в эпигастральной области.
В анамнезе язвенная болезнь желудка, по поводу чего проводилась консервативная терапия. В приемном отделении у больного возникла обильная рвота алой кровью, появились жалобы на головокружение, общую слабость, ощущение нехватки воздуха.
Объективно: кожные покровы бледные, влажные. Дыхание везикулярное. Тоны сердца ясные, ритмичные, над верхушкой сердца выслушивается систолический шум. АД – 100 и 60 мм рт. ст., пульс – 110 уд. в 1 мин. Живот болезненный в эпигастральной области.
Гемоглобин – 81 г\л, гематокрит – 0,28, эритроциты – $2{,}6x10^9$. В условиях операционной выполнено экстренное эндоскопическое исследование. В желудке большое количество свежей крови.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Лечебные мероприятия

Задача 6.6. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больной 46 лет поступил в клинику с диагнозом цирроз печени.
Состояние внезапно ухудшилось, появилась рвота “ кофейной гущей”.
Кожные покровы бледные, холодные. Пульс частый, слабого наполнения.
АД 90/50. Гемоглобин 86 г/л.
Вопросы:

1. Предварительный диагноз
2. Методы обследования
3. Тактика лечения

Задача 6.7. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больная Н., 51 года. Жалобы на тяжесть, периодические приступообразные боли в правом подреберье, возникающие после приема жирной пищи, горечь ворту, тошноту, изредко - рвоту.
Считает себя больной в течение 3 лет.
Объективно: состояние удовлетворительное, повышенного питания. Дыхание в легких везикулярное, побочных дыхательных шумов нет. Сердечные тоны ритмичные с числом 64 в минуту. АД 130/80 мм. рт. ст. Язык суховат, обложен белым налетом, больше у корня. Живот мягкий, болезненный при пальпации вточке Роже, симптомы Кера и Ортнера положительные.
Общий анализ крови: эритроциты – $4{,}2x10^{12}$/л, Hb– 140 г/л, СОЭ – 19 мм/ч, лейкоциты– $8{,}6x10^9$/л, п/янейтрофилы – 2%, с/я нейтрофилы – 56%, эозинофилы – 2%, моноциты – 3%, лимфоциты – 37%.БАК: билирубин общий – 17,3 мкмоль/л, АЛТ – 29 ЕД/л, АСТ – 30 ЕД/л.

УЗИ: желчный пузырь – 8,8х3,2 мм, толщина стенки – 5 мм. В просвете желчного пузыря два камня диаметром 20 мм.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. Программа обследования
3. Группы препаратов, используемые при лечении

Задача 6.8. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больная Е. 34 года поступила на 5 день болезни, без сознания. На болевые раздражители не реагирует. Корнеальные рефлексы сохранены. Выраженная желтуха. Печеночный запах изо рта. Печень перкуторно выше реберной дуги. Из анамнеза известно, что 3 месяца назад больной произвели медицинский аборт, по показаниям – переливание крови.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. Дифференциальный диагноз
3. Лечебные мероприятия

Задача 6.9. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больной, 40 лет, поступил с жалобами на резкие схваткообразные боли в животе и рвоту.
Заболел накануне, появились боли в животе, которые постепенно усиливались и стали нетерпимыми. Три раза была рвота, газы не отходят. Стул был засутки до заболевания.
При осмотре живот умеренно вздут, слегка напряжен, болезненпри пальпации во всех отделах. Симптом Блюмберга отрицателен,но определяется «шум плеска» при сотрясении брюшной стенки.Перистальтика звучная, редкая, слышна на расстоянии. Язык сухой, пульс 104 в минуту, лейкоцитоз 5,3х10^9/л, температура 36,8°С
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. План обследования пациента
3. Дифференциальный диагноз

Задача 6.10. (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больной 44 лет внезапно ощутил острую боль в животе схваткообразного характера, вскоре присоединилась частая рвота. Стула нет, газы не отходят.
При осмотре состояние больного средней тяжести, периодически громко кричит, ведет себя спокойно, часто меняет положение. Температура нормальная, пульс 112 в минуту. Язык влажный. Живот вздут больше в верхней половине, при пальпации мягкий, умеренно болезненный, симптомов раздражения брюшины нет. В брюшной полости определяется свободная жидкость. Выше и слева от пупка определяется плотноэластическое образование, перистальтические шумы над ними не выслушиваются. При ректальном исследовании патологии не выявлено.
Рентгенологически имеются множественные чаши Клойбера, тонкий кишечник вздут.
Вопросы:
1. Предварительный диагноз
2. Тактика лечения

Задача № 7.1 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Мужчина 57 лет, обратился к гастроэнтерологу с жалобами на изжогу за грудиной, сухой частый кашель, кислую отрыжку. Данные симптомы беспокоят в течение 15 лет. Для купирования симптомов периодически принимает альмагель, раствор соды, фамотидин с положительным эффектом. Неоднократно обращался к терапевту, при выполнении ФГДС отмечались единичные эрозии дистального отдела пищевода. Вредные привычки отрицает. Из хронических заболеваний сахарный диабет II типа, гипертоническая болезнь II стадии

неконтролируемое течение. Явное ухудшение отметил последние 3 месяца, когда симптомы стали ежедневными и интенсивными. Обратился к гастроэнтерологу. При обследовании: по данным ФГДС выявлены множественные циркулярно расположенные эрозии в нижней трети пищевода с очаговой метаплазией, неоплазия? наличие большого количества желчи и слизи в желудке.
Объективно: Температура тела 36, 5 С. ИМТ = 35.7 кг/м2. кожные покровы и видимые слизистые нормальной окраски. Пульс 102 уд/мин., АД – 150/85 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в правом подреберье. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Задача № 7.2 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Мужчина 69 лет обратился к гастроэнтерологу с жалобами на отсутствие аппетита, снижение веса на 6 кг за 2 месяца, ноющие боли в верхнем отделе живота. Считает себя больным в течение 1.5 лет, когда впервые отметил снижение аппетита и появление дискомфорта в эпигастральной области. Обратился к терапевту за медицинской помощью. В клиническом анализе крови повышение СОЭ до 55 мм/час. В биохимическом анализе крови без отклонений. По данным ФГДС обнаружен язвенный дефект 1х1.5 см в теле желудка. Биопсия не взята. Терапевтом рекомендовано выполнение С13 дыхательного уреазного теста (отрицательный). Назначен эзомепразол, альмагель с незначительным положительным ответом. Явное ухудшение отметил последние 2 месяца, когда отметил вышеописанные жалобы. При повторном визите к терапевту выполнено ФГДС, по результатам которого отмечается единичный язвенный дефект тела желудка 1.5х2 см. Биопсия не взята. С результатами ФГДС направлен к гастроэнтерологу. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 23.7 кг/м2. кожные покровы и видимые слизистые бледно-серого оттенка. Пульс 98 уд/мин., АД – 120/85 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, умеренно болезненный в эпигастральной области. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Задача № 7.3 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Мужчина 38 лет обратилась к гастроэнтерологу с жалобами на ноющие боли в верхнем отделе живота, тошноту, тяжесть после приема пищи. Считает себя больным в течение 2 лет, когда впервые отметил вышеописанные жалобы. Обратилась к терапевту за медицинской помощью. Лабораторно без изменений. По данным ФГДС обнаружено полиповидное образование на большой кривизне желудка 1х1.5 см. Выполнена тотальная биопсия. По данным морфологического исследования подозрение на В-клеточную лимфому маргинальной зоны. Объективно: Температура тела 36, 8 С. ИМТ = 24.7 кг/м2. кожные покровы и видимые слизистые нормального оттенка. Пульс 70 уд/мин., АД – 120/80 мм рт. ст. Язык умеренно влажный, без налета. Живот при пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах. Печень не выступает из-под края реберной дуги, безболезненна. Селезенка не пальпируется. Симптомов раздражения брюшины нет. Стул ежедневный, оформленный, коричневого цвета, без видимой крови и слизи. Ваш план обследования, диагноз, факторы риска и рекомендации.

Задача № 7.4 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больной, 76 лет, 3 часа назад внезапно отметил острые боли в нижних отделах живота, холодный пот, тошноту. Из анамнеза известно, что в течение 3 лет он страдает запорами,

иногда в кале бывает темная кровь и слизь. В последние полгода увеличилась продолжительность запоров, больной стал периодически ощущать вздутие живота. В течение последних 4 дней стула не было, перестали отходить газы. При объективном осмотре: язык суховат, кожа бледно-розовая. Больной пониженного питания. Пульс - 96 уд/мин. При перкуссии живота - тимпанит, живот умеренно вздут, значительно болезненный и напряжен в нижних отделах, больше слева, там же — положительные симптомы раздражения брюшины. Какой предположительный диагноз?

Задача № 7.5 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Мужчина 56 лет обратился к участковому врачу с жалобами на тупые боли в эпигастральной области, общую слабость.
Болен в течение нескольких месяцев, симптомы развивались постепенно, снизился аппетит, появилось отвращение к мясной и молочной пище, похудел на 6 кг.
Ранее практически не болел, алкоголем не злоупотребляет. Курит с 15 лет по 1-1,5 пачки сигарет в день.
Объективно: Состояние средней тяжести. Пониженного питания. Кожные покровы и видимые слизистые бледные. PS 88 в 1 мин., ритмичный. АД 110/60 мм рт. ст. Тоны сердца приглушены равномерно, шумы не выслушиваются. Дыхание жесткое, хрипов нет. Язык влажный, обложен белым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 5 см выступает из-под реберной дуги, плотная, бугристая, безболезненная.
Какой предположительный диагноз?

Задача № 7.6 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больной Е., 65 лет, обратился в клинику с жалобами на нарастающую слабость, понижение аппетита, похудание, боли в правом подреберье.
Ухудшение самочувствия отмечает в течение 5-и месяцев.
Объективно: температура 36,6^{0}С. Общее состояние средней тяжести. Желтовато-серый цвет лица, тургор кожи понижен. Подкожно-жировой слой выражен недостаточно. Со стороны сердечно-сосудистой системы и легких патологии нет. Язык обложен бело-серым налетом. Живот мягкий, безболезненный. Печень на 4 см выступает из-под реберной дуги, плотная, бугристая, безболезненная.

Задача № 7.7 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больной А., инженер, 55 лет, жалуется на слабость, одышку, головокружение при ходьбе, периодически мазевидный стул черного цвета, отсутствие аппетита, отвращение к мясной пище, похудел на 5кг за 3 месяца, субфебрильную температуру тела в течение дня, без озноба.
Считает себя больным около 3 месяцев, когда впервые появились слабость, недомогание, периодически черный стул. За медицинской помощью не обращался, принимал поливитамины, лекарственные сборы трав. Постепенно присоединились головокружение и одышка при ходьбе. Месяц назад присоединилась субфебрильная температура тела. Обратился к участковому терапевту, для обследования и лечения направлен в терапевтическое отделение городской больницы.
Профессиональный анамнез: инженер.
Питается нерегулярно, диету не соблюдает.
Вредные привычки отрицает.
Наследственность не отягощена.
Аллергологический анамнез не отягощен.
Объективно: состояние средней степени тяжести, сознание ясное. Кожные покровы бледные, нормальной влажности, чистые, тургор и эластичность снижены. Подкожно жировая клетчатка практически отсутствует, распределена равномерно. ИМТ 17 кг/м 2. Отеков нет.

Периферические лимфоузлы не увеличены. Тонус и сила мышц в норме, одинаковы с обеих сторон. Опорно-двигательный аппарат – без патологии. ЧД 22 в минуту. Перкуторно над легкими определяется ясный легочный звук одинаковой громкости, кроме мест, физиологически обусловленных. Дыхание везикулярное, хрипов нет. Пульс на лучевых артериях одинаков с обеих сторон, ритмичный, 98 в мин., удовлетворительных качеств. АД 100/70 мм рт.ст. Область сердца внешне не изменена. Границы относительной сердечной тупости в пределах нормы. Тоны сердца ясные, ритмичные, соотношение тонов сохранено, на верхушке нежный систолический шум, ЧСС 98 в мин. Язык влажный, чистый, сосочковый слой сглажен. Живот правильной формы, обе половины одинаково участвуют в акте дыхания. При поверхностной пальпации мягкий, безболезненный во всех отделах, перитонеальные симптомыотрицательные, симптом флюктуации отрицательный. Грыжевидные выпячивания не определяются. Пальпируются все отделы толстого кишечника с гладкой поверхностью, эластичной консистенции, безболезненные, не урчат. Тонкий кишечник пальпаторно не определяется область пальпации безболезненная. Методом аускульто-аффрикции нижняя граница желудка на 2см выше пупка. При глубокой пальпации определяется безболезненное уплотнение в проекции большой кривизны желудка. Печень не пальпируется, область пальпации безболезненна, размеры по Курлову 9 х 8 х 7см, пузырные симптомы отрицательные. Селезенка не пальпируется, область пальпации безболезненная, размеры по Курлову 6 х 4см. поджелудочная железа не пальпируется. Поясничная область внешне не изменена. Симптом поколачивания отрицательный с обеих сторон, почки не пальпируются, область пальпации безболезненна.

Задача № 7.8 (проверяемые компетенции – УК-1, ПК-2, ПК-5, ПК-6, ПК-8, ПК-11)
Больной, 86 лет, с жалобами на боли в нижних отделах живота, тошноту. Из анамнеза известно, что в течение 2 лет он страдает запорами, иногда в кале отмечает появление крови и слизи. Объективно: Состояние удовлетворительное, нормостеник. Язык обложен у корня. Живот мягкий, при глубокой пальпации в области слепой кишки пальпируется образование диаметром до 6 см. Какой предположительный диагноз?

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)

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по государственной итоговой аттестации
«Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена»
по программе подготовки кадров высшей квалификации в ординатуре
специальность 31.08.28 Гастроэнтерология

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по государственной итоговой аттестации «Подготовка к сдаче и сдача государственного экзамена» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры пропедевтики внутренних болезней с клиникой 27 ноября 2023 г., протокол № 11.

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, зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации от 11 апреля 2016 г., регистрационный № 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» (зарегистрирован Министерством юстиции Российской Федерации от 3 апреля 2020 г., регистрационный № 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 аттестации 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 проводится 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 проведении ГИА с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий.

5.6. Консультирование перед проведением ГИА с применением электронного обучения, дистанционных образовательных технологий проводится в установленное 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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	**РУССКИЙ ЯЗЫК И КУЛЬТУРА РЕЧИ** (наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	**Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации**
Специальность	**31.08.28 Гастроэнтерология** (код специальности и наименование)
Факультет	**Лечебный факультет** (наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра гуманитарных наук** (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.)**

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа дисциплины «Русский язык и культура речи» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- 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 «Русский язык и культура речи рассмотрена и одобрена на заседании кафедры гуманитарных наук «23» ноября 2023г., 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 «23» ноября 2023 г., протокол №13/2023.

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 31.08.28 Гастроэнтерология.

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:

- Формирование знаний о русском языке у иностранного гражданина в соответствии с фонетическим, морфологическим, синтаксическим минимумами первого сертификационного уровней.
- Формирование и развитие навыков владения специальной лексикой, обязательным для активного профессионального общения, а также принципов культуры речи.
- 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.
- 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 компетенций:

Универсальные компетенции

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-2 Готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	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 Владеть: - приемами ведения дискуссии и полемики	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
УК-3 Готовность к участию в педагогической деятельности по программам среднего и высшего медицинского образования или среднего и высшего фармацевтического образования, а также по дополнительным профессиональным программам для лиц, имеющих среднее профессиональное или высшее образование, в порядке, установленном федеральным органом исполнительной власти, осуществляющим функции по выработке государственной политики и нормативно-правовому регулированию в сфере здравоохранения	Знает: сущность и социальную значимость будущей профессии и проявлять к ней устойчивый интерес	Для текущего контроля: КВ, ТЗ Для промежуточной аттестации: ТЗ
	Умеет: использовать информационно- коммуникационные технологии в профессиональной деятельности; - организовывать собственную деятельность, выбирать типовые методы и способы выполнения профессиональных задач, оценивать их эффективность и качество; - ориентироваться в условиях частой смены технологий в профессиональной деятельности; - самостоятельно определять задачи профессионального и личностного развития, заниматься самообразованием, планировать повышение квалификации; - подготовить необходимую документацию в аттестационную комиссию на получение квалификационной категории; - проводить научные исследования по полученной специальности; Владеть: - поиском и использованием информации, необходимой 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	**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	6	4
Тема 2. Аудирование	-	8	4	12	12
Тема 3. Лексика и грамматика	-	8	2	10	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**	**46**	**24**	**72**	**70**

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия		Часы	Краткое содержание занятия	Перечень 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	Основы успешной коммуникации в условиях российской языковой и социокультурной среды.	УК-2, УК-3	Мультимедийная презентация	КВ, ТЗ
Всего за ПА			**2**				

* ***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 компетенций, формируемых в процессе освоения темы	Оценочные средства для текущего контроля **
Курс 1							
Тема 2.	Семинар-практикум	1. Аудирование	10	10	Аудирование текстов на материале тем: «Спорт. Здоровый образ жизни», «Петербург и петербуржцы», «Русский язык и современная русская культура», «Актуальные проблемы современного общества»	УК-2, УК-3	КВ, ТЗ
Тема 3.	Семинар-практикум	2.Лексика и грамматика	8	8	Медицинская лексика. Корректировка индивидуальных грамматических проблем	УК-2, УК-3	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-2, УК-3	КВ, ТЗ
Тема 5.	Семинар-практикум	4. Чтение	8	8	Комментированное чтение текста по выбору	УК-2, УК-3	КВ, ТЗ
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-2, УК-3	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-2, УК-3	КВ, ТЗ
Всего за ПА			**46**	**46**			

* ***Формы проведения занятий семинарского типа:*** *семинар, семинар-практикум.*

*****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 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-2, УК-3	П
2.	Работа с тестами и вопросами для самопроверки	4	4	Тестовые задания	УК-2, УК-3	ТЗ
3	Подготовка докладов	10	10	Презентация работ.	УК-2, УК-3	Д
Всего:		**24**	**24**			

**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 индивидуальной 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	Наименование оценочных средств*

	для проверки формирования компетенции
УК-2. Обладает умением поддерживать профессиональные отношения толерантно воспринимая социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия внутри коллектива	КВ, ТЗ
УК-3. Осознанно выбирает направление собственного профессионального и личностного развития и минимизировать возможные риски при изменении карьерной траектории	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-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 *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)
КиберЛенинка — это научная электронная библиотека (https://cyberleninka.ru)
Российская государственная библиотека (www.rsl.ru)
(www.rsl.ru)

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

Основная литература:

1. Русский язык и культура речи: учебник и практикум для вузов / В. Д. Черняк, А. И. Дунев, В. А. Ефремов, Е. В. Сергеева; под общей редакцией В. Д. Черняк. — 4-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 389 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/510514
2. Козырев, В. А. Русский язык и культура речи. Современная языковая ситуация: учебник и практикум для вузов / В. А. Козырев, В. Д. Черняк. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 167 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/513010
3. Русский язык и культура речи: учебник и практикум для вузов / В. Д. Черняк [и др.]; под редакцией В. Д. Черняк. — 3-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 363 с. — (Высшее образование). — Текст:

электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/510790
4. Самсонов, Н. Б. Русский язык и культура речи: учебник и практикум для вузов / Н. Б. Самсонов. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 228 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/533014
5. Современный русский язык: учебник для вузов / П. А. Лекант, Е. И. Диброва, Л. Л. Касаткин, Е. В. Клобуков; под редакцией П. А. Леканта. — 5-е изд. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 493 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/510786
6. Голуб, И. Б. Стилистика русского языка и культура речи: учебник для вузов / И. Б. Голуб, С. Н. Стародубец. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 455 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/510829

Дополнительная литература:

1. Русский язык и культура речи. Практикум. Словарь: учебно-практическое пособие для вузов / В. Д. Черняк [и др.]; под общей редакцией В. Д. Черняк. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 525 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/510791
2. Русский язык и культура речи. Семнадцать практических занятий: учебное пособие для вузов / Е. В. Ганапольская [и др.]; под редакцией Е. В. Ганапольской, Т. Ю. Волошиновой. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 304 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/514236
3. Лекант, П. А. Русский язык: справочник для вузов / П. А. Лекант, Н. Б. Самсонов; под редакцией П. А. Леканта. — 3-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 246 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/513464
4. Колесникова, С. М. Современный русский язык. Морфология: учебное пособие для вузов / С. М. Колесникова. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 297 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/511374
5. Современный русский язык. Синтаксис: учебник и практикум для вузов / С. Г. Ильенко, И. А. Мартьянова, И. В. Столярова; под общей редакцией С. Г. Ильенко; ответственный редактор М. Я. Дымарский. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 391 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/511853
6. Князев, С. В. Современный русский язык. Фонетика. Практикум: учебное пособие для вузов / С. В. Князев, Е. В. Моисеева. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 330 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/511094
7. Милославский, И. Г. Современный русский язык. Культура речи и грамматика: учебное пособие для вузов / И. Г. Милославский. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 163 с. — (Высшее образование). — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/512845

УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

7.1 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.

8. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Для осуществления образовательного процесса по дисциплине «Русский язык и культура речи» программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология 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.

Необходимый для реализации программы ординатуры перечень материально-технического и учебно-методического обеспечения включает в себя специально оборудованные помещения для проведения учебных занятий, в том числе:

- учебные аудитории для проведения занятий лекционного типа – укомплектованные специализированной мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочим учебным программам дисциплин;
- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа - укомплектованные специализированной (учебной) мебелью, 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 в электронную информационно-образовательную среду 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 31.08.28 Гастроэнтерология.

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.

Приложение № 1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
« РУССКИЙ ЯЗЫК И КУЛЬТУРА РЕЧИ»

Специальность ординатуры	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-гастроэнтеролог»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

1209

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	Наименование оценочного средства *
Тема 1 Вводная лекция.	УК-2, УК-3	КВ
Тема 2. Аудирование	УК-2, УК-3	ТЗ
Тема 3. Лексика и грамматика	УК-2, УК-3	ТЗ
Тема 4. Говорение	УК-2, УК-3	КВ
Тема 5. Чтение	УК-2, УК-3	ТЗ
Тема 6. Письмо	УК-2, УК-3	ТЗ
Тема 7. Развитие речи	УК-2, УК-3	КВ

* ***Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, ТЗ-тестовые задания, Р- реферат, П-презентация*

2. Описание показателей и критериев оценивания компетенций результате изучения дисциплины

Универсальная компетенции – УК-3

Названия универсальных компетенции	Показатель оценивания	Критерий оценивания	Оценочное средство
УК-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-3. 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
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.

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	тестирование	ТЗ	УК-2, УК-3
2 этап	Контрольные вопросы	КВ	УК-2, УК-3

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 (УК-2, УК-3)

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 материал 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 материал 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 материал на смысловые части, на выделение смысловых опор в тексте, на изложение основных мыслей текста более экономными способами. Выполнение на послетекстовомэтапе 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 материал 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 материал 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 поедем?».

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 материал 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 материал 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 материал 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 материал 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 особенностимикроистории. 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, сёстры? 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 улица 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 столица»

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 оттиск 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)

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Русский язык и культура речи»

ординатура по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Русский язык и культура речи» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры гуманитарных наук.

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)

1. 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), теснуюувязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточноеколичество 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 бытькратким 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 формулировкахосновные 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.

Организующая 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 иобзорная.

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, еѐ 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 учебнойдисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Этосамый 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 трояким 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 и т.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 общаязакономерность 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 обучающихсяна лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

2. 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 обучающийся.

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 обучающимся 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 ситуационныхпроизводственных задач,

- выполнение профессиональных функций в деловыхиграх 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 наимеющиеся 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.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

3.1 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.

3.2 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. Прочесть 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 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 «∅» 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 (х) в качестве знака умножения ставиться:

–при указании размеров: 4,5х3 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.

Приложение

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 31.08.28 Гастроэнтерология

Научный руководитель:
_____
(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Санкт-Петербург
2023

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.

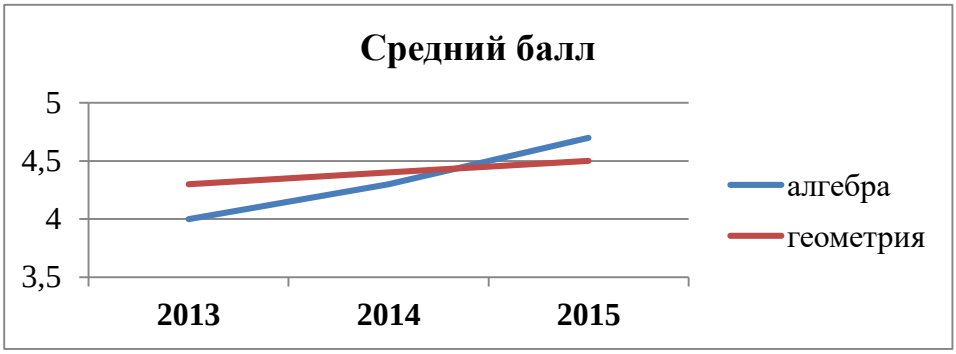


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

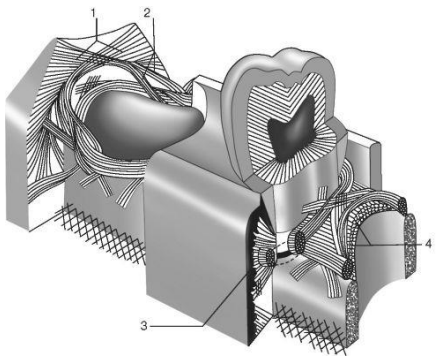


Рисунок 5 – Волокна периодонта

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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04»декабря 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

Дисциплина	**ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА**
	(наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	**31.08.28 Гастроэнтерология**
	(код специальности и наименование)
Факультет	**Лечебный факультет**
	(наименование факультета)
Кафедра	**Кафедра психологии**
	(наименование кафедры)

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.)**

Санкт-Петербург
2023

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 31.08.28 Гастроэнтерология утвержденным приказом Министерства образования и науки Российской Федерации № 1070 от 25.08.2014 г. 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.пс.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 «27» ноября 2023 г., протокол № 3.

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 «28» ноября 2023 г., протокол № 13/2023.

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 31.08.28 Гастроэнтерология.

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 внутридисциплинарные связи:

Для изучения данной учебной дисциплины необходимы знания, умения и навыки, формируемые дисциплиной «Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача».

3. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Изучение данной учебной дисциплины направлено на формирование у обучающихся следующих профессиональных компетенций (УК).

Профессиональная компетенции

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Код и наименование универсальной компетенции
ПК-5 готовность к определению у	**Знает:** Теоретические основы психологии общения и конфликта, способы эффективного установления	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации:

пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	психологического контакта для продуктивного выявления жалоб пациента и сбора анамнеза	ТЗ. 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. Р
	Владеет: Методами пациент-ориентированного общения с пациентом с целью установления предварительного диагноза	Для текущего контроля: КВ 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)	**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**	**36**	72
зач. ед.	**1**	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

Наименование тем дисциплины	Контактная работа, академ. час.		Самостоятельная внеаудиторная работа	Всего	Из них на практическую подготовку в час. *
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа			
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 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; 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.	ПК-5	Мультимедийная презентация
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.	ПК-5	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..	ПК-5	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 компетенции	Формы и методы текущего контроля
Курс 1							
1.	Семинар	Психология	4	4	Условия конструктивного разрешения	ПК-5	КВ

		конфликта.			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.		
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 приёме врача. Ролевая игра. Разбор ситуаций общения с пациентом. Психологический тренинг.	ПК-5	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 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	ПК-5
Работа с тестами и вопросами для самопроверки.	10	ПК-5
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 контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства
1.	Раздел 1. Психологические аспекты лечебного процесса.	ПК-5	КВ, Р
2.	Раздел 2. Психология конфликта	ПК-5	КВ, Р
3.	Раздел 3 Психология общения	ПК-5	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 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 (ПК-5)

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. Комплаенс 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 (ПК-5)

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. 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)
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. Психология общения: учебник и практикум для вузов / Н. А. Корягина, Н. В. Антонова, С. В. Овсянникова. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — 440 с. - Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/511166
2. Психология. Общение и здоровье личности: учебное пособие для вузов / Ж. М. Глозман. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/514358
3. Социальные коммуникации. Психология общения: учебник и практикум для вузов / А. К. Болотова, Ю. М. Жуков, Л. А. Петровская. — 2-е изд., перераб. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. — Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/510913
4. Основы коммуникативной культуры. Психология общения: учебник и практикум для вузов / В. С. Садовская, В. А. Ремизов. — 2-е изд., испр. и доп. — Москва: Издательство Юрайт, 2023. - Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. — URL: https://urait.ru/bcode/513043
5. Психология общения: учебник / И. В. Островская. - М.: ГЭОТАР-Медиа, 2020. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970455722.html
6. 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
7. 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
8. 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. ПЕРЕЧЕНЬ УЧЕБНО-МЕТОДИЧЕСКИХ МАТЕРИАЛОВ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ ПО ОСВОЕНИЮ ДИСЦИПЛИНЫ:

- «Методические материалы для обучающихся по выполнению самостоятельной работы»: Методическое пособие для обучающихся в ординатуре/ Санкт-Петербург, ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова», 2022

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 31.08.28 Гастроэнтерология. 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 – укомплектованные специализированной мебелью, набором демонстрационного оборудования и учебно-наглядными пособиями, обеспечивающими тематические иллюстрации, соответствующие рабочим учебным программам дисциплин;
- учебные аудитории для проведения занятий семинарского типа - укомплектованные специализированной (учебной) мебелью, 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 в электронную информационно-образовательную среду 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 31.08.28 Гастроэнтерология.

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.

Приложение № 1

ОЦЕНОЧНЫЕ СРЕДСТВА
к рабочей программе по дисциплине
«ОСНОВЫ ПСИХОЛОГИИ В КЛИНИЧЕСКОЙ ПРАКТИКЕ И ФОРМИРОВАНИЕ КОММУНИКАТИВНОЙ КОМПЕТЕНТНОСТИ ВРАЧА»

Специальность ординатуры	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация (степень) выпускника:	**«Врач-гастроэнтеролог»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

1266

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	Наименование оценочного средства *
Раздел 1. Психологические аспекты лечебного процесса.	ПК-5	КВ, реферат
Раздел 2. Психология конфликта	ПК-5	КВ, реферат
Раздел 3 Психология общения	ПК-5	КВ, реферат

* ***Оценочные средства:*** *КВ-контрольные вопросы, Р- реферат*

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

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Код и наименование универсальной компетенции
ПК-5 готовность к определению у пациентов патологических состояний, симптомов, синдромов заболеваний, нозологических форм в соответствии с Международной статистической классификацией болезней и проблем, связанных со здоровьем	**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. 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. Р
	Владеет: Методами пациент-ориентированного общения с пациентом с целью установления предварительного диагноза	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ТЗ. 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 объёме 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 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.

5. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	тестирование	ТЗ	ПК-5
2 этап	Контрольные вопросы	КВ	ПК-5

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Контрольные вопросы (КВ1) по разделу
№1 «Психологические аспекты лечебного процесса».
(проверяемые компетенции: ПК-5)

Инструкция. Дайте развёрнутые ответы на вопросы

1. Что такое «внутренняя картина» болезни?
2. Каковы психологические реакции личности на заболевание? Назовите возможные варианты личностных реакций.
3. В чём суть понятия «социальная престижность» болезни?
4. Что такое отношение к болезни? Каковы компоненты отношения к болезни и факторы, влияющие на формирование отношения к заболеванию?
5. Назовите основные типы отношения к болезни, раскройте их содержательную характеристику.
6. Приведите классификацию типов отношения к болезни в зависимости от направленности дезадаптации.
7. В чём заключается психологическое воздействие госпитализации?
8. Что такое комплаенс? Назовите факторы, влияющие на комплаенс.
9. Какие факторы способствуют повышению приверженности лечению?
10. Раскройте понятие психологической адаптации пациента к заболеванию. Что такое «Копинг-стратегии» и механизмы психологической защиты?
11. Каковы основные модели построения взаимоотношений в системе «врач — пациент»?
12. Назовите профессионально значимые личностные качества врача.
13. Что такое свойства личности? Назовите основные свойства личности, учет которых важен в процессе эффективного взаимодействия врача и пациента.
14. Каковы особенности психологического взаимодействия врача и пациента при лечении соматических заболеваний?
15. Раскройте особенности психологической характеристики тревожно-мнительных пациентов; каковы особенности психологического взаимодействия с ними?

16. Опишите проявления депрессивных состояний у пациентов. Каковы особенности психологического взаимодействия с пациентом, имеющим признаки депрессивного состояния?
17. Каковы психологические особенности формирования образа «идеального врача» в представлении пациента?
18. Что такое «коммуникативная компетентность» врача; каковы психологические характеристики, формирующие коммуникативную компетентность?
19. Какие психологические особенности могут снижать коммуникативную компетентность врача?
20. 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 наличии 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 (КВ3) 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 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.

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 психологические 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. Комплаенс 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 эмлциональных 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. Проекции и контрпроекции.
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
A. жесты, пожатие рук, мимика, позы, контакт глазами
B. включение в речь пауз, окашливания, смеха, плача, темп речи
C. жесты, мимика, позы, контакт глазами, пространственно-временная организация общения
D. контакт глазами, вербальное приветствие, позы, мимика

7. Осознание человеком того, как он воспринимается партнером по общению, называется
A. эмпатией
B. идентификацией
C. интроверсией
D. 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
A. естественные симметричные
B. симметричные
C. естественные ассиметричные закрытые
D. естественные асимметричные 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 аггравации 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. Выберете стратегию выхода из конфликтной ситуации: поиск решения, удовлетворяющий интересы двух сторон – это

A. компромисс
B. избегание
C. приспособление
D. сотрудничество

34. Выберете стратегию выхода из конфликтной ситуации: стремление выйти из конфликта, не решая его – это
A. сотрудничество
B. компромисс
C. соперничество
D. избегание

35. Согласно «теории черт» лидером является
A. человек с более высоким уровнем активности, участия, влияния в решении данной задачи, чем у других членов группы
B. человек, управляющий процессом организации межличностных отношений в группе
C. человек, который обладает определенным набором личностных качеств
D. человек с ярко выраженными ораторскими способностями

36. Формула конфликта выглядит так: «конфликт = конфликтная ситуация +…»
A. индивид
B. субъект
C. реципиент
D. инцидент

37. Область исследований, связанных с выявлением механизмов образования различных эмоциональных отношений к воспринимаемому человеку, получила название исследования
A. аттракции
B. перцепции
C. интеракции
D. рефлексиии

38. Общение как взаимодействие представляет собой одну из следующих сторон деятельности:
A. коммуникативную
B. перцептивную
C. интерактивную
D. все ответы верны

39. Процесс восприятия и познания друг друга партнерами по общению в структуре общения представлен следующей стороной общения
A. перцептивной
B. коммуникативной
C. интерактивной
D. когнитивной

40. Невербальная коммуникация включает в себя
A. мимику

B. жесты
C. диапазон голоса
D. все ответы верны

41. К механизмам социальной перцепции относятся
A. идентификация
B. аттракция
C. 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

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)

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04» декабря 2023 г.

МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ

по дисциплине «Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача»

ординатура по специальности **31.08.28 Гастроэнтерология**

Очная форма обучения

Санкт-Петербург
2023

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Методические материалы по дисциплине «Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача» рассмотрены и обсуждены на заседании кафедры психологии.

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)

1. 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), теснуюувязку с предыдущим материалом.

Лекция может быть:

- доказательной и аргументированной, содержать достаточноеколичество 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 бытькратким 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 формулировкахосновные 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.

Организующая 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 иобзорная.

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, еѐ 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 учебнойдисциплиной и формы участия в научно-исследовательской работе;
- отчетность по курсу.

Информационная лекция ориентирована на изложение и объяснение обучающимся научной информации, подлежащей осмыслению и запоминанию. Этосамый 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 трояким 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 и т.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 общаязакономерность 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 обучающихсяна лекцию преподаватель обязан незамедлительно информировать деканат.

2. 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 обучающийся.

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 обучающихся 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 ситуационныхпроизводственных задач,

- выполнение профессиональных функций в деловыхиграх 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.

3. МЕТОДИЧЕСКИЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ОБУЧАЮЩИХСЯ

3.1 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.

3.2 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. Прочесть 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 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 «∅» 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 (х) в качестве знака умножения ставиться:

–при указании размеров: 4,5х3 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.

Приложение

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 31.08.28 Гастроэнтерология

Научный руководитель:
_____
(Ф.И.О. руководителя)

Оценка: _____ Подпись: _____

Санкт-Петербург
2023

1308

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.

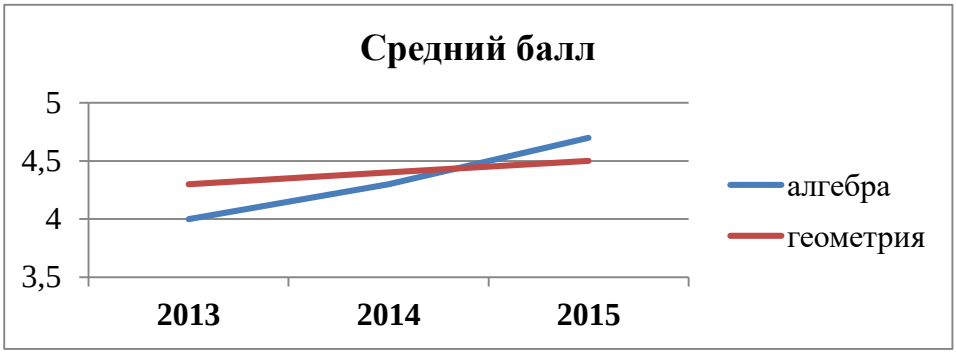


Рис. 1 – Средний балл по преподаваемым дисциплинам за три года

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).

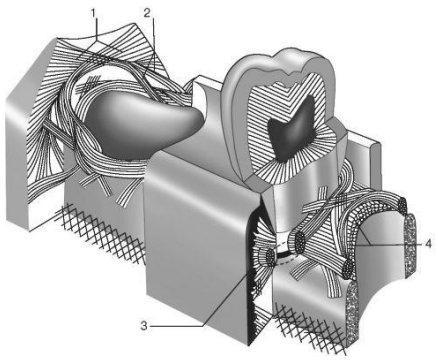


Рисунок 5 – Волокна периодонта

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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Пармон
«04»декабря 2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА

По дисциплине	**ОСНОВЫ ВОЕННОЙ ПОДГОТОВКИ**
	(наименование дисциплины)
Уровень профессионального образования	Высшее образование – подготовка кадров высшей квалификации
Специальность	**31.08.28 Гастроэнтерология**
	(код специальности и наименование)
Факультет	**Лечебный факультет**
	(наименование факультета)
Кафедра	**Отделение общей военной подготовки**
	(наименование кафедры)

Форма обучения	**очная**
Курс	**2**
Занятия лекционного типа	**6 час.**
Занятия семинарского типа	**12 час.**
Всего аудиторной работы	**18 час.**
Самостоятельная работа (внеаудиторная)	**18 час.**
Форма промежуточной аттестации	**зачет**
Общая трудоемкость дисциплины	**36/1 (час./ зач. ед.)**

Санкт-Петербург
2023

Рабочая программа дисциплины «Основы военной подготовки» разработана в соответствии с:

- Приказом Министерства образования и науки Российской Федерации от 25 августа 2014г. № 1070 «Об утверждении федерального государственного образовательного стандарта по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология (уровень подготовки кадров высшей квалификации)»;
- Приказом Министерства труда и социальной защиты Российской Федерации от 11 марта 2019 г. № 139н «Об утверждении профессионального стандарта «Врач-гастроэнтеролог»;
- учебным планом по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология;
- локальными нормативными актами Центра Алмазова.

Составители рабочей программы

№ п/п	Фамилия, имя, отчество	Ученая степень, звание	Занимаемая должность	Место работы
1.	Мелузов Алексей Валерьевич	-	Начальник отделения общей военной подготовки	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
2.	Закревская Светлана Борисовна	-	Ведущий специалист учебно- методического отдела	ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа «Основы военной подготовки» рассмотрена и одобрена на заседании отделения общей военной подготовки «19» мая 2023 г., протокол № 1.

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании учебно-методического совета Института медицинского образования ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России «28» ноября 2023 г., протокол № 13/2023.

Рецензенты:

Сунцов А.М., кандидат военных наук, доцент кафедры «Тактики и оперативного искусства» «Военной академии материально-технического обеспечения (ВА МТО) им. генерала армии А.В. Хрулева»

ЦЕЛЬ И ЗАДАЧИ ИЗУЧЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Цель изучения дисциплины: получение знаний, умений и навыков, необходимых для становления обучающихся Центра Алмазова в качестве граждан способных и готовых к выполнению воинского долга и обязанности по защите своей Родины в соответствии с законодательством Российской Федерации.

Задачи изучения дисциплины:

1. Формирование у обучающихся понимания главных положений военной доктрины Российской Федерации, а также основ военного строительства и структуры Вооруженных Сил Российской Федерации (ВС РФ);
2. Формирование у обучающихся высокого общественного сознания и воинского долга;
3. Воспитание дисциплинированности, высоких морально-психологических качеств личности гражданина – патриота;
4. Освоение базовых знаний и формирование ключевых навыков военного дела;
5. Раскрытие специфики деятельности различных категорий военнослужащих ВС РФ;
6. Ознакомление с нормативными документами в области обеспечения обороны государства и прохождения военной службы;
7. Формирование строевой подтянутости, уважительного отношения к воинским ритуалам и традициям, военной форме одежды;
8. Изучение и принятие правил воинской вежливости;
9. Овладение знаниями уставных норм и правил поведения военнослужащих.

1. МЕСТО ДИСЦИПЛИНЫ В СТРУКТУРЕ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ

Дисциплина «Основы военной подготовки» относится к факультативной части учебного плана по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология.

Дисциплина изучается на основе ранее освоенных дисциплин учебного плана:

- «Медицина чрезвычайных ситуаций»

2. ТРЕБОВАНИЯ К РЕЗУЛЬТАТАМ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

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

Универсальные компетенции

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-2 - готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Знает: - основные положения общевоинских уставов ВС РФ; - устройство стрелкового оружия, боеприпасов и ручных гранат; - предназначение, задачи и организационно-штатную структуру общевойсковых подразделений; - основные факторы, определяющие характер, организацию и способы ведения современного общевойскового боя.	КВ
	Умеет: - давать оценку международным военно-политическим и внутренним событиям и фактам с позиции патриота своего Отечества; соблюдать моральные и этические нормы поведения в воинском коллективе. - осуществлять разборку и сборку автомата (АК-74) и пистолета (ПМ), подготовку к боевому применению ручных гранат; оборудовать позицию для стрельбы из стрелкового оружия.	КВ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы*

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания) (описывают составители программы)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ПК-3 - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Знает: - общие сведения о ядерном, химическом и биологическом оружии, средствах его применения; - правила поведения и меры профилактики в условиях заражения радиоактивными, отравляющими веществами и бактериальными средствами.	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: КВ, ПН
	Умеет: - выполнять мероприятия радиационной, химической и биологической защиты; - использовать средства индивидуальной защиты; оказывать помощь при применении оружия массового поражения ядерного, химического и бактериологического). Владеет: - навыками применения индивидуальных средств РХБ защиты; - навыками применения индивидуальных средств медицинской защиты и подручных средств для оказания первой медицинской помощи при ранениях и травмах;	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: КВ, ПН

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы 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 2
Контактная работа обучающихся с преподавателем (всего)		**18**	18
Из них:			
Занятия лекционного типа		6	6
Занятия семинарского типа		12	12
Самостоятельная внеаудиторная работа всего В том числе: Промежуточная аттестация – **зачет**		**18** 4	18 4
Общая трудоемкость дисциплины	**час.**	**36**	36
	з.е.	**1**	1
Из них на практическую подготовку в час.*		13	13

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
	Занятия лекционного типа	Занятия семинарского типа		
Курс 2				
1. Общевоинские уставы Вооруженных Сил Российской Федерации	1	-	1	2
2. Огневая подготовка из стрелкового оружия	-	10	2	12
Раздел 3. Основы тактики общевойсковых подразделений	2	2	2	6
Раздел 4. Радиационная, химическая и биологическая защита	1	-	2	3
Раздел №5. Основы медицинского обеспечения	1	-	2	3
Раздел 6. Военно-политическая подготовка	0.5	-	5	5.5
Раздел 7. Правовая подготовка	0.5	-	4	4.5
ИТОГО	**6**	**12**	**18**	**36**

4.3. Тематический план занятий лекционного типа

№ п/п	Наименование темы занятия	Часы	Краткое содержание занятия	Перечень компетенций	Демонстрационное оборудование и учебно-наглядные пособия	Оценочные средства для текущего контроля *
Курс 2						
Раздел 1. **Общевоинские уставы Вооруженных Сил Российской Федерации**						
1.	Тема 1: Общевоинские уставы Вооруженных Сил Российской Федерации, их основные требования и содержание.	1.	1. Структура, требования и основное содержание общевоинских уставов. 2. Права военнослужащих. 3. Общие обязанности военнослужащих. 4. Воинские звания. 5. Единоначалие. Начальники и подчиненные. Старшие и младшие. 6. Приказ и приказание. Порядок отдачи и выполнение приказа. 7. Воинская вежливость и воинская дисциплина военнослужащих.	УК-2	1. Ноутбук, проектор, экран. 2. Магнитно-маркерная доска, маркеры. 3. Наглядные материалы (специализированные стенды, плакаты, видеофильмы, учебные пособия, презентации).	КВ
Раздел 3. **Основы тактики общевойсковых подразделений**						
2.	Тема 5. Вооруженные Силы Российской Федерации, их состав и задачи. Тактико-технические характеристики (ТТХ) основных образцов вооружения и техники ВС РФ	1	1. Вооруженные Силы Российской Федерации, их состав и задачи. 2. Назначение, структура мотострелковых и танковых подразделений сухопутных войск, их задачи в бою. 3. Боевое предназначение входящих в них подразделений. Тактико- технические характеристики основных образцов вооружения и техники ВС РФ.	ПК-3	1. Ноутбук, проектор, экран. 2. Магнитно-маркерная доска, маркеры. 3. Наглядные материалы (специализированные стенды, плакаты, видеофильмы, учебные пособия, презентации).	КВ
3.	Тема 6.Основы общевойскового боя	1	1. Сущность современного общевойскового боя, его характеристики и виды. 2. Способы ведения современного общевойскового боя и средства вооруженной борьбы.	ПК-3	1. Ноутбук, проектор, экран. 2. Магнитно-маркерная доска, маркеры. 3. Наглядные материалы (специализированные стенды, плакаты, видеофильмы, учебные пособия, презентации).	КВ

	Тема 8. "Организация воинских частей и подразделений, вооружение, боевая техника вероятного противника.	1	1. Организация, вооружение, боевая техника подразделений мпб и тб армии США. 2. Организация, вооружение, боевая техника подразделений мпб и тб армии Германии.	ПК-3	1. Ноутбук, проектор, экран. 2. Магнитно-маркерная доска, маркеры. 3. Наглядные материалы (специализированные стенды, плакаты, видеофильмы, учебные пособия, презентации).	КВ
Раздел 4. **Радиационная, химическая и биологическая защита**						
4.	Тема 9. Ядерное, химическое, биологическое, зажигательное оружие.	1	1.Ядерное оружие. 2. Средства их применения. 3. Поражающие факторы ядерного взрыва и их воздействие на организм человека, вооружение, технику и фортификационные сооружения. 4. Химическое оружие. 5. Отравляющие вещества (ОВ), их назначение, классификация и воздействие на организм человека. 6. Боевые состояния, средства применения, признаки применения ОВ, их стойкость на местности. 7. Биологическое оружие. 8. Основные виды и поражающее действие. 9. Средства применения, внешние признаки применения. 10. Зажигательное оружие. 11. Поражающие действия зажигательного оружия на личный состав, вооружение и военную технику, средства и способы защиты от него.	ПК-3	1. Ноутбук, проектор, экран. 2. Магнитно-маркерная доска, маркеры. 3. Наглядные материалы (специализированные стенды, плакаты, видеофильмы, учебные пособия, презентации).	КВ
Раздел 5. **Основы медицинского обеспечения**						
5.	Тема 10. Медицинское обеспечение войск (сил).	1	1. Медицинское обеспечение – как вид всестороннего обеспечения войск 2. Обязанности и оснащение должностных лиц медицинской службы тактического звена в бою..	ПК-3	1. Ноутбук, проектор, экран. 2. Магнитно-маркерная доска, маркеры. 3. Наглядные материалы (специализированные стенды, плакаты, видеофильмы, учебные пособия, презентации).	КВ
Раздел 6. **Военно-политическая и правовая подготовка.**						
6.	Тема 11. Россия в современном мире. Основные направления социально-экономического, политического и военно-	0,5	1. Новые тенденции и особенности развития современных международных отношений 2. Место и роль России в многополярном мире. 3. Основные направления социально-экономического, политического и военно-технического развития Российской Федерации.	УК-2	1. Ноутбук, проектор, экран. 2. Магнитно-маркерная доска, маркеры. 3. Наглядные материалы (специализированные стенды, плакаты, видеофильмы, учебные	КВ

	технического развития страны.				пособия, презентации).	
	Тема 12. Военная доктрина Российской Федерации. Законодательство Российской Федерации о прохождении военной службы	0,5	1.Основные положения Военной доктрины Российской Федерации. 2. Правовая основа воинской обязанности и военной службы. 3. Понятие военной службы, ее виды и их характеристики. 4. Обязанности граждан по воинскому учету	УК-2	1. Ноутбук, проектор, экран. 2. Магнитно-маркерная доска, маркеры. 3. Наглядные материалы (специализированные стенды, плакаты, видеофильмы, учебные пособия, презентации).	КВ
	ИТОГО	**6**				

** **Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы*

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	Оценочные средства для текущего контроля **
Курс 2							
Раздел 2 **Огневая подготовка из стрелкового оружия**							
Тема 2	Практическое занятие	Основы, приемы и правила стрельбы из стрелкового оружия	1	50%	1. Требования безопасности при обращении со стрелковым оружием. 2. Требования безопасности при проведении занятий по огневой подготовке. 3. Приемы и правила стрельбы из стрелкового оружия	ПК-3	КВ
Тема 3	Практическое занятие	Назначение, боевые свойства, материальная часть и применение стрелкового оружия, ручных противотанковых гранатометов и ручных гранат	6	50%	1. Назначение, состав, боевые свойства и порядок сборки разборки АК-74 и РПК-74. 2. Назначение, состав, боевые свойства и порядок сборки разборки пистолета ПМ. 3. Назначение, состав, боевые свойства РПГ-7 4. Назначение, боевые свойства и материальная часть ручных гранат. 5. Снаряжение магазинов и подготовка ручных гранат к боевому применению.	ПК-3	ПН
Тема 4	Практическое занятие	Выполнение упражнений учебных стрельб из стрелкового	3	50%	1. Требования безопасности при организации и проведении стрельб из стрелкового оружия.	ПК-3	ПН

		оружия			2. Порядок выполнения упражнения учебных стрельб. 3. Выполнение упражнений учебных стрельб из стрелкового оружия (АК-74, ПМ)		
Раздел 3. **Основы тактики общевойсковых подразделений**							
Тема 7	Практическое занятие	Основы инженерного обеспечения"	2	50%	1. Цели и основные задачи инженерного обеспечения частей и подразделений 2. Назначение, классификация инженерных боеприпасов, инженерных заграждений и их характеристики. 3. Полевые фортификационные сооружения: окоп, траншея, ход сообщения, укрытия, убежища.	ПК-3	КВ
ИТОГО в час.			**12**	**6**			

4.5. Содержание внеаудиторной самостоятельной работы

№ п/п	Темы дисциплины	Количество часов	из них на ПП в %	Содержание самостоятельной работы	Перечень компетенций	Оценочные средства** для текущего контроля
1.	Тема 1: Общевоинские уставы Вооруженных Сил Российской Федерации, их основные требования и содержание.	2	50%	- Изучение Уставов ВС РФ.	УК-2	Д
2.	Тема 5. Вооруженные Силы Российской Федерации, их состав и задачи. Тактико-технические характеристики (ТТХ) основных образцов вооружения и техники ВС РФ	4	50%	- Изучение структуры организации ВС РФ; - Изучение тактико-технических характеристик (ТТХ) основных образцов вооружения и техники ВС РФ и подразделений вероятного противника.	ПК-3	Д
3.	Тема 9. Ядерное, химическое, биологическое, зажигательное оружие	4	50%	Изучение основных видов оружия массового поражения и воздействия его на человека, окружающую среду.	ПК-3	Д
4.	Военно-политическая и правовая подготовка	4	50%	- Изучение основ положений военной доктрины РФ - Изучение правовой основы воинской обязанности и военной службы	УК-3	Д
	ВСЕГО час.:	**14**	**7**			

**__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, КЗ-контрольные задания, ТЗ-тестовые задания ПН-практические навыки, Д-устный доклад*

Образовательные технологии, используемые при изучении дисциплины:

1. Классическая (традиционная, информационная) лекция.
2. Интерактивная лекция (лекция-визуализация).
3. Занятия в специальных учебных аудиториях, на строевом плацу, в тире.
4. Индивидуальные, групповые консультации.
5. Технология устного опроса Технология письменного контроля.

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	ПН
Текущий контроль	1. Общевоинские уставы Вооруженных Сил Российской Федерации	6	-
	2. Огневая подготовка из стрелкового оружия	6	3
	3. Основы тактики общевойсковых подразделений	14	6
	4. Радиационная, химическая и биологическая защита	3	-
	5. Правовая подготовка	3	-
ИТОГО		**32**	**9**

КВ – контрольные вопросы, ПН-практические навыки

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-2 - готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	КВ
ПК-3 - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки, стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	КВ, ПН

КВ – контрольные вопросы, ПН – практические навыки

5.3. Организация промежуточной аттестации

Формы промежуточных аттестаций по дисциплине **– зачет**

Этапы проведения промежуточной аттестации**: К аттестации допускаются лица, посетившие 70% лекций и 70 % групповых (практических) занятий.**

Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	Собеседование	КВ	УК-2
2 этап	Практические задания	ПН	ПК-3

1. **Собеседование по 2 вопросам билета** (3 вопроса в билете);
2. **Практическое выполнение норматива по 3 вопросу.**
3. Время на подготовку 30 минут.

Критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации:
«Не зачтено» - обучающийся затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; При выполнении практического задания нарушены требования безопасности и норматив выполнен с ошибками.
«Зачтено» - обучающийся предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил. Практическое задание выполнено правильно и последовательно.

5.4 Типовые оценочные средства для проверки формирования компетенций:

Пример типовых контрольных вопросов (компетенции: УК-3)

№п/п	**Вопрос**	**Ответ (***Правильный ответ выделен жирным шрифтом)*
1.	Какой устав не относится к категории Общевоинских?	*Внутренний*
		Строевой
		Боевой
		Устав гарнизонной и караульной службы
2.	Какое воинское звание не относится к категории младшие офицеры?	*Капитан*
		Старший лейтенант
		Майор

Пример типовых контрольных вопросов: (компетенция: ПК-3)

	Вопрос	**Ответ один и развернутый**
1.	Перечислить виды маневра	Охват, обход, отход и смена района (позиции).
2.	Раскрыть организационно-штатную структуру мсв (ВС РФ	1. командир отделения(КО)(АКС-74); 2. пулеметчик БТР (АКС-74); 3. водитель(АКСУ-74); 4. пулеметчик (РПК-74); 5. стрелок-гранатометчик (РПГ-7В, АКСУ-74); 6. стрелок-помощник гранатометчика(АКС-74); 7. старший стрелок(АКС-74); 8. стрелок(АКС-74)

Примеры типовых практических заданий, где обучаемый выполняет норматив при оружии: (компетенция: ПК-3)

№п/п	Выполнение практических нормативов	Оценочный показатель(выполнено или не выполнено)
1	Разборка и сборка АК-74 (неполная)	
2	Разборка и сборка РПК-74 (неполная)	
3	Разборка и сборка ПМ (неполная)	
4	Снаряжение магазина	

Примеры типовых практических заданий, где обучаемый наносит условные тактические знаки: (компетенция: ПК-3)

№п/п	Вопрос	Оценочный показатель (выполнено или не выполнено)
1	Нанести условные тактические обозначения по роду войск БМП, БТР, Танк (общее обозначение)	

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)
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. Туганов, Ю. Н. Военная администрация: учебное пособие для вузов / Ю. Н. Туганов, С. И. Журавлев. – 2-е изд., испр. и доп. – Москва: Издательство Юрайт, 2023. – 197 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-12727-0. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/518940
2. Первая помощь и медицинские знания: практическое руководство по действиям в неотложных ситуациях / под ред. Дежурного Л. И., Миннуллина И. П. - Москва ГЭОТАР-Медиа, 2019. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970454268.html
3. Строевая подготовка: учебное пособие для вузов / И. Ю. Лепешинский, В. В. Глебов, Д. В. Погодаев, Е. А. Шмаков. - 2-е изд. - Москва: Издательство Юрайт, 2022. - Текст: электронный // URL https://urait.ru/bcode/495812
4. Правовое обеспечение национальной безопасности: учебное пособие для вузов / Ю. Н. Туганов [и др.]; под редакцией Ю. Н. Туганова. – Москва: Издательство Юрайт, 2023. – 191 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-13507-7. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/518944
5. Аулов, В. К. Международное гуманитарное право (право вооруженных конфликтов): учебник для вузов / В. К. Аулов, А. Н. Сотников, Ю. Н. Туганов. – Москва: Издательство Юрайт, 2023. – 73 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-15682-9. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/520501
6. Беляков, Г. И. Гражданская оборона: учебник для вузов / Г. И. Беляков. – Москва: Издательство Юрайт, 2023. – 158 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-15829-8. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/509841
7. Строевая подготовка: учебное пособие для вузов / И. Ю. Лепешинский, В. В. Глебов, Д. В. Погодаев, Е. А. Шмаков. – 2-е изд. – Москва: Издательство Юрайт, 2022. – 119 с. – (Высшее образование). – ISBN 978-5-534-11736-3. – Текст: электронный // Образовательная платформа Юрайт [сайт]. – URL: https://urait.ru/bcode/495812

Дополнительная литература:

1. Скорая медицинская помощь. Клинические рекомендации / под ред. С. Ф. Багненко. - Москва ГЭОТАР-Медиа, 2022. - Текст: электронный // URL: https://www.rosmedlib.ru/book/ISBN9785970465943.html

2. Огневая подготовка: пособие для курсантов и студентов, проходящих военную подготовку в военных учебных заведениях / А. А. Тарчишников [и др.]; под общ. ред. А. В. Зырянова. – Минск: БНТУ, 2017. - Текст: электронный // URL:https://rep.bntu.by/bitstream/handle/data/32891/Ognevaya_podgotovka.pdf;jsessionid=4852DE144A5B6395882D46A17BEDC141?sequence=7
3. Устав внутренней службы Вооруженных Сил Российской Федерации
4. (утв. указом Президента РФ от 10 ноября 2007 г. N 1495). [Электронный ресурс]. 2007. - URL:https://doc.mil.ru/files/morf/military/npa/Ustav1.pdf
5. Дисциплинарный устав Вооруженных Сил Российской Федерации (утв. указом Президента РФ от 10 ноября 2007 г. № 1495). [Электронный ресурс]. 2007. - URL: https://doc.mil.ru/files/morf/military/npa/Ustav2.pdf
6. Устав гарнизонной, комендантской и караульной служб Вооруженных Сил Российской Федерации (утв. указом Президента РФ от 10 ноября 2007 г. N 1495). [Электронный ресурс]. 2007. - URL: https://doc.mil.ru/files/morf/military/npa/Ustav3.pdf
7. «Строевой устав вооруженных сил Российской Федерация» (введен в действие приказом Минобороны РФ от 11.03.2006 № 111). [Электронный ресурс]. 2007. - URL: https://ivo.pnzgu.ru/files/vuc.pnzgu.ru/doc/ustavy/stroevoy_ustav_vs_rf.pdf

7. МАТЕРИАЛЬНО-ТЕХНИЧЕСКОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

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.

.

8. КАДРОВОЕ ОБЕСПЕЧЕНИЕ ДИСЦИПЛИНЫ

Состав научно-педагогических работников, обеспечивающих осуществление образовательного процесса по дисциплине «Основы военной подготовки» соответствует требованиям ФГОС ВО программы подготовки высшей квалификации в ординатуре по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология и отражен в Справке о кадровом обеспечении основной образовательной программы высшего образования. Реализация дисциплины обеспечивается педагогическими кадрами, имеющими высшее образование и практический опыт работы в данной области. Преподаватели имеют опыт военной службы. Занятия практической направленности проводятся с использованием соответствующего вооружения..

9. ОСОБЕННОСТИ ОРГАНИЗАЦИИ ОСВОЕНИЯ ДИСЦИПЛИНЫ

Модуль реализуется в очной форме в рамках дисциплины «Основы военной подготовки». Он обязателен для обучающихся по ФГОС ВО граждан Российской Федерации, состоящих на воинском учете, годных по состоянию здоровья (форма аттестации — «зачет»). Невоеннообязанные и не состоящие на воинском учете, годные по состоянию здоровья граждане Российской Федерации, обучающиеся, проходят также подготовку по модулю «Основы военной подготовки». Иностранные граждане и лица без гражданства, осваивают онлайн-курс ИМО «Первая помощь (онлайн-курс)».

Приложение № 1

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
к рабочей программе по дисциплине
«ОСНОВЫ ВОЕННОЙ ПОДГОТОВКИ»

Специальность ординатуры	**31.08.28 Гастроэнтерология**
Квалификация (степень) выпускника:	«**Врач-гастроэнтеролог»**
Форма обучения:	**очная**
Срок освоения ОПОП:	**2 года**

Санкт-Петербург
2023

1326

ПАСПОРТ
ОЦЕНОЧНЫХ СРЕДСТВ
по дисциплине **«ОСНОВЫ ВОЕННОЙ ПОДГОТОВКИ»**

Наименование раздела (темы) дисциплины	Код контролируемой компетенции	Наименование оценочного средства *
1. Общевоинские уставы Вооруженных Сил Российской Федерации	УК-2	КВ
2. Огневая подготовка из стрелкового оружия	ПК-3	КВ, ПН
3. Основы тактики общевойсковых подразделений	ПК-3	КВ
4. Радиационная, химическая и биологическая защита	ПК-3	КВ
5. Основы медицинского обеспечения	ПК-3	КВ
6. Военно-политическая подготовка	УК-2	КВ
7. Правовая подготовка	УК-2	КВ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы, ПН-практические навыки*

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

Универсальные компетенции

Код и наименование универсальной компетенции	Показатели достижения освоения компетенции	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
УК-2 - готовность к управлению коллективом, толерантно воспринимать социальные, этнические, конфессиональные и культурные различия	Знает: - основные положения общевоинских уставов ВС РФ; - устройство стрелкового оружия, боеприпасов и ручных гранат; - предназначение, задачи и организационно-штатную структуру общевойсковых подразделений; - основные факторы, определяющие характер, организацию и способы ведения современного общевойскового боя.	КВ
	Умеет: - давать оценку международным военно-политическим и внутренним событиям и фактам с позиции патриота своего Отечества; соблюдать моральные и этические нормы поведения в воинском коллективе. - осуществлять разборку и сборку автомата (АК-74) и пистолета (ПМ), подготовку к боевому применению ручных гранат; оборудовать позицию для стрельбы из стрелкового оружия.	КВ

***Оценочные средства:** КВ-контрольные вопросы*

Профессиональные компетенции

Код и наименование профессиональной компетенции	Результаты обучения (показатели оценивания) (описывают составители программы)	Оценочные средства*, проверяющие результаты обучения
ПК-3 - готовность к проведению противоэпидемических мероприятий, организации защиты населения в очагах особо опасных инфекций, при ухудшении радиационной обстановки,	Знает: - общие сведения о ядерном, химическом и биологическом оружии, средствах его применения; - правила поведения и меры профилактики в условиях заражения радиоактивными, отравляющими веществами и бактериальными средствами.	Для текущего контроля: КВ Для промежуточной аттестации: ПН

стихийных бедствиях и иных чрезвычайных ситуациях	Умеет: - выполнять мероприятия радиационной, химической и биологической защиты; - использовать средства индивидуальной защиты; оказывать помощь при применении оружия массового поражения (ядерного, химического и бактериологического). Владеет: - навыками применения индивидуальных средств РХБ защиты; - навыками применения индивидуальных средств медицинской защиты и подручных средств для оказания первой медицинской помощи при ранениях и травмах;	Для текущего контроля: КВ, ПН Для промежуточной аттестации: ПН

**Оценочные средства: КВ-контрольные вопросы, ПН-практические навыки*

3. Критерии оценивания показателей при текущем контроле и промежуточной аттестации

«Не зачтено» - обучающийся затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; При выполнении практического задания нарушены требования безопасности и норматив выполнен с ошибками.
«Зачтено» - обучающийся предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил. Практическое задание выполнено правильно и последовательно.

Шкала и критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации

Оценка	Вид задания		
	Посещаемость	Контрольные вопросы	Практические навыки
Не зачтено	Менее 70% лекционных и менее 70% групповых (практических)занятий	Фрагментарные знания. На поставленные вопросы отвечает неправильно или неточно.	Обучающийся затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; ординатор не решил практическую задачу (норматив).
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	Обучающийся предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил практическую задачу (норматив) правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил.

Критерии оценки сформированности компетенции на промежуточной аттестации

Оценка	Формулировка требований к степени сформированности компетенции
Компетенция не сформирована	«Знает» на уровне ориентирования, представлений. Демонстрирует отсутствие знаний по данной дисциплине. Не знает организационно штатную структуру ВС РФ, подразделений. Не может сформулировать основные положения Военной доктрины РФ. Нарушает требования безопасности при работе с оружием. Не знает последовательность в выполнении нормативов при оружии.
Компетенция сформирована	Знает изученный материал в объёме качестве не ниже репродуктивного уровня, демонстрируя при этом уровень профессионального умения не ниже среднего. «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.**

4. Этапы проведения промежуточной аттестации:

Этапы	Вид задания	Оценочные материалы	Проверяемые компетенции
1 этап	Собеседование	КВ	УК-2
2 этап	Практические задания	ПН	ПК-3

.

Собеседование по 2 вопросам билета (3 вопроса в билете);
Практическое выполнение норматива по 3 вопросу.
Время на подготовку 30 минут.

Критерии оценивания результатов для промежуточной аттестации:
«Не зачтено» - обучающийся затрудняется сформулировать ответы на вопросы к задаче, наводящие вопросы вызывают путаницу; При выполнении практического задания нарушены требования безопасности и норматив выполнен с ошибками.
«Зачтено» - обучающийся предоставил развернутое обоснование ответов на вопросы и решил задачу правильно или при обосновании ответа допустил неточности и ошибки, которые исправил.
Практическое задание выполнено правильно и последовательно

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ТЕКУЩЕГО КОНТРОЛЯ

Контрольные вопросы

Раздел № 5. Основы медицинского обеспечения (компетенции: УК-2)
Раздел 6. Военно-политическая подготовка (компетенции: УК-2)

1. Кто в воинской части осуществляет руководство внутренней службой?
2. Перечислите воинские звания младших офицеров
3. Перечислите воинские звания старших офицеров.
4. В каком порядке отдаются и выполняются приказания?
5. Назовите краткие характеристики автомата АК-74.
6. Назовите краткие характеристики пистолета ПМ.
7. Назовите основные меры безопасности при проведении стрельб.
8. Назовите состав Вооруженных Сил РФ.
9. Назовите основные характеристики видов боя.
10. Дайте характеристики видам оружия массового поражения.
11. Что входит в понятие медицинского обеспечения боя?
12. В чем заключается военная служба, ее виды?
13. Дайте определения основным положениям Военной доктрины РФ.

ОЦЕНОЧНЫЕ МАТЕРИАЛЫ ДЛЯ ПРОМЕЖУТОЧНОЙ АТТЕСТАЦИИ:

Контрольные вопросы

Раздел 1. Общевоинские уставы Вооруженных Сил Российской Федерации
(компетенции: УК-2)

№п/п	Вопрос	Ответ (*Правильный ответ выделен жирным шрифтом)*
1	Какой устав не относится к категории Общевоинских?	Внутренний
		Строевой
		Боевой
		Устав гарнизонной и караульной службы
2	Какое воинское звание не относится к категории младшие офицеры?	Капитан
		Старший лейтенант
		Майор
3	Кто не входит в состав суточного наряда полка?	Дежурный по батальону
		Дежурный по роте
		Дневальный
4	Кто не входит в состав лиц караула?	Часовой
		Начальник караула
		Дежурный по роте
5	Кто относится к категории непосредственных начальников	Начальники, которым военнослужащие подчинены по службе, хотя бы и временно
		Ближайший к подчиненному прямой начальник
		Старшие по воинскому званию
6	Размещение военнослужащих, проходящих военную службу по призыву (кроме находящихся на кораблях), в спальных помещениях (жилых комнатах) производится из расчета **не менее**	12 куб. метров
		15 куб. метров
		18 куб. метров

Раздел 2. Огневая подготовка
(компетенции: ПК-3)

№п/п	Вопрос	Ответ (*Правильный ответ выделен жирным шрифтом)*
1	Какие из показателей не соответствуют характеристикам АК-74?	Прицельная дальность, м -1000
		Прицельная дальность, м -675
		Прицельная дальность, м 320м
2	Какие из показателей не соответствуют характеристикам АК-74?	Предельная дальность полета пули, м - 3150
		Предельная дальность полета пули, м - 1000
		Предельная дальность полета пули, м - 4000
3	Какой из показателей соответствует характеристикам РПГ-7	Прицельная дальность, м -500
		Прицельная дальность, м -1000
		Прицельная дальность, м -2000
4	Какой из показателей соответствует характеристикам ПМ	Убойная сила пули сохраняется – до 1000 м
		Убойная сила пули сохраняется – до 350м
		Убойная сила пули сохраняется — до 100 м
5	К какому типу относится граната Ф-1	Наступательная
		Оборонительная
		Противотанковая
6	Определение прямого выстрела	Выстрел, при котором траектория поднимается над линией прицеливания.
		Выстрел, при котором траектория полета пули отсутствует
		Выстрел, при котором траектория не поднимается над линией прицеливания выше цели на всем своем протяжении.

Раздел 3. Основы тактики

(компетенция: ПК-3)

№п/п	Вопрос	Ответ (*Правильный ответ выделен жирным шрифтом)*
1	Какие войска не относятся к Видам ВС РФ	Сухопутные войска
		Воздушно-десантные войска
		Военно-Морской флот
2	Куда организационно входит стрелок-санитар?	Управление взвода (мсв)
		Мотострелковое отделение
		Управление роты (мср)
3	На вооружении БМП-3 состоит:	– 100-мм орудие-пусковое устройство для стрельбы управляемыми и неуправляемыми боеприпасами – 30-мм автоматическая пушка – 7,62-мм пулемет ПКТ
		1. 30-мм автоматическая нарезная пушка 2А42 2. 7,62-мм пулемет ПКТ 3. ПТРК «Конкурс»
		1. 14,5 мм крупнокалиберный пулемет КПВТ 2. 7, 62-мм пулемет ПКТ
	Вопрос	**Ответ один и развернутый**
4	Перечислить виды ударов	
5	Перечислить категории огня	
6	Перечислить виды маневра	
7	Раскрыть организационно-штатную структуру мсв (ВС РФ	
8	Раскрыть организационно-штатную структуру мсв (ВС РФ)	
9	Раскрыть организационно-штатную структуру мср (ВС РФ)	
10	Раскрыть организационно-штатную структуру медицинского пункта батальона МПБ (ВС РФ)	
11	Раскрыть организационно-штатную структуру мпв (США)	
12	Раскрыть организационно-штатную структуру мпв (Германия)	
13	Классифицировать минно-взрывные заграждения	
14	Классифицировать невзрывные заграждения	

Раздел 4. Радиационная, химическая и биологическая защита

(компетенция: ПК-3)

№п/п	Вопрос	Ответ (*Правильный ответ выделен жирным шрифтом)*
1	Поражающие факторы ядерного взрыва и способы защиты от них.	1. Воздушная ударная волна 2. Световое излучение 3. Проникающая радиация
2	Что не относится к нервно-паралитическим отравляющим веществам?	1. Зорин
		2. Зоман
		3. Иприт
3	Признак поражения фосгеном	2. Затруднение дыхания, синюшный цвет лица
		3. Металлический привкус во рту, покраснение кожи
		3.Миоз (сужение зрачка), судороги, моче-, пото-, калоотделение.

Раздел 5. Правовая подготовка (компетенция: ПК-3)

№п/п	Вопрос	Ответ один и развернутый
1	Что предусматривает воинская обязанность граждан Российской Федарации**?**	
2	Что является правовой основой воинской обязанности и военной службы?	–
3	Обязанности граждан по воинскому учету:	–

Практические навыки

Раздел 2. Огневая подготовка (компетенция: ПК-3)

№п/п	Выполнение практических нормативов	Оценочный показатель (выполнено или не выполнено)
1	Разборка и сборка АК-74 (неполная)	
2	Разборка и сборка РПК-74 (неполная)	
3	Разборка и сборка ПМ (неполная)	
4	Снаряжение магазина	

Раздел 3. Основы тактики общевойсковых подразделений
(компетенция: ПК-3)

№п/п	Вопрос	Оценочный показатель (выполнено или не выполнено)
1	Нанести условные тактические обозначения по роду войск БМП, БТР, Танк (общее обозначение)	
2	Нанести условные тактические обозначения по роду войск Пулеметы: ручной, ротный или станковый, крупнокалиберный.	
3	Нанести условные тактические обозначения: миномет, зенитная пушка, пушка, противотанковая пушка	
4	Нанести условные тактические обозначения: Командно-наблюдательный пункт командира роты: 1- в пешем порядке, 2- на БМП	
5	Нанести условные тактические обозначения: Раненый, стрелок-санитар, санитар, санитарный инструктор (медицинская сестра).	
6	Нанести условные тактические обозначения: Медицинский распределительный пост (мрп) госпитальной базы, Медицинский пост роты (гнездо раненых), Пост санитарного транспорта (ПСТ), Сортировочный пост, Медицинский пункт батальона (МПб)	

Приложение 7

Матрица компетенций для адаптированной основной образовательной пролграммы по специальности 31.08.28 Гастроэнтерология

Блок и индекс	Наименование	Универсальные компетенции			Профессиональные компетенции											
Б1	**Дисциплины (модули)**	**УК-1**	**УК-2**	**УК-3**	**ПК-1**	**ПК-2**	**ПК-3**	**ПК-4**	**ПК-5**	**ПК-6**	**ПК-7**	**ПК-8**	**ПК-9**	**ПК-10**	**ПК-11**	**ПК-12**
Блок 1 (базовая часть)																
Б1.Б.1	Гастроэнтерология	+				+			+	+	+	+				
Б1.Б.2	Педагогика			+												
Б1.Б.3	Современные IT-технологии в здравоохранении (адаптированная программа)	+						+								
Б1.Б.4	Медицина чрезвычайных ситуаций	+					+				+					+
Б1.Б.5	Общественное здоровье и здравоохранение		+		+	+		+					+	+	+	
Б1.Б.4	Патология	+							+							
Блок 2 (вариативная часть)																
Б1.В.ОД.1	Основы проведения клинических исследований. Качественная клиническая практика	+						+								
Б1.В.ДВ.1.1	Основы психосоматики	+											+			
Б1.В.ДВ.1.2	Психологические аспекты медицинской реабилитации	+										+				
Б2	**Практики**															
Б2.1	Производственная (клиническая) практика (базовая часть)	+			+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
Б2.2	Симуляционный курс															
Б2.2.1	*Общеврачебные навыки*	+							+		+					+
Б2.2.2	*Специальные профессиональные умения и навыки*	+							+							
Б2.3	Производственная (клиническая) практика (вариативная часть)	+				+			+	+						
Б3	**Государственная итоговая аттестация**	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+	+
ФТД.Факультативы																
Вариативная часть																
ФТД.В.01	Русский язык и культура речи		+	+												
ФТД.В.02	Основы психологии в клинической практике и формирование коммуникативной компетентности врача								+							

Приложение 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

УТВЕРЖДАЮ
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России
Е.В. Пармон
«04»декабря_2023 г.

РАБОЧАЯ ПРОГРАММА ВОСПИТАНИЯ ДЛЯ ОСНОВНОЙ ПРОФЕССИОНАЛЬНОЙ ОБРАЗОВАТЕЛЬНОЙ ПРОГРАММЫ ВЫСШЕГО ОБРАЗОВАНИЯ – ПРОГРАММЫ ПОДГОТОВКИ КАДРОВ ВЫСШЕЙ КВАЛИФИКАЦИИ В ОРДИНАТУРЕ ПО СПЕЦИАЛЬНОСТИ

31.08.28 ГАСТРОЭНТЕРОЛОГИЯ

Форма обучения: очная
Нормативный срок обучения: 2 года

Санкт-Петербург

Составители рабочей программы

№ пп.	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.	Пяткина Галина Николаевна	к.п.н.	Заведующий департаментом по социальной и внеучебной работе	ФГБУ «Национальный медицинский исследовательский центр им. В.А. Алмазова» Минздрава России

ЛИСТ СОГЛАСОВАНИЯ

Рабочая программа рассмотрена и одобрена на заседании Совета по воспитательной работе ФГБУ «НМИЦ им. В. А. Алмазова» Минздрава России.

Пояснительная записка к рабочей программе дисциплины

Рабочая программа воспитательной работы с обучающимися ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (далее – Центра Алмазова) представляет собой документ, содержащий совокупность научно обоснованных взглядов, принципов, приоритетных направлений формирования и развития системы воспитательной работы с обучающимися ИМО медицинского образования (далее – ИМО).

Программа воспитательной работы с обучающимися ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова» Минздрава России (далее — Программа) рассматривает воспитание как целостный процесс, который должен иметь долговременные цели, задачи и принципы, и в тоже время призванный быть достаточно гибким, отвечать насущным потребностям молодежи и развития общества, учитывать особенности профессиональной деятельности будущих выпускников Центра Алмазова.

В программе учтено использование социокультурной развивающей среды, единого воспитательного пространства на основе взаимосвязи учебного, научного и воспитательного процессов, предоставляющих обучающимся возможности интеллектуального, профессионального и личностного развития, самореализации, проявления общественной и творческой активности.

Областью применения программы является образовательное и социокультурное пространство, образовательная и воспитывающая среды Института медицинского образования (далее - ИМО) Центра Алмазова в их единстве и взаимосвязи. Программа ориентирована на организацию воспитательной деятельности, координацию и мобилизацию усилий профессорско-преподавательского состава, структурных подразделений, общественных объединений и обучающихся ИМО по формированию личности выпускника, обладающего высоким уровнем профессиональных и общекультурных компетенций, комплексом профессиональных и личностно значимых качеств, активной социально-ориентированной жизненной позицией, системой духовных, гражданских и нравственных ценностей.

Программа разработана в соответствии с нормами и положениями:

- Конституции Российской Федерации;
- Федерального законом от 29 декабря 2012 г. № 273-ФЗ «Об образовании в Российской Федерации»;
- Федеральный закон «О внесении изменений в отдельные законодательные акты Российской Федерации по вопросам добровольчества (волонтерства)» № 15-ФЗ от 5 февраля 2018 г.;
- Указа Президента Российской Федерации от 2 июля 2021 года N 400 «Стратегия национальной безопасности Российской Федерации»;
- Указа Президента Российской Федерации от 19 декабря 2012 г. № 1666 «О Стратегии государственной национальной политики Российской Федерации на период до 2025 года»;
- Указа Президента Российской Федерации от 24 декабря 2014 г. № 808 «Об утверждении Основ государственной культурной политики»;
- Указа Президента Российской Федерации от 7 мая 2018 г. № 204 «О национальных целях и стратегических задачах развития Российской Федерации на период до 2024 года»;
- Указа Президента Российской Федерации от 9 мая 2017 г. №203 «Стратегия развития информационного общества в Российской Федерации на 2017-2030 гг.»;
- Указ Президента Российской Федерации от 9 ноября 2022 г. №809 «Об утверждении Основ государственной политики по сохранению и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей».

- Распоряжения Правительства от 29 ноября 2014 г. № 2403-р «Основы государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года»;
- Распоряжения Правительства от 29 мая 2015 г. № 996-р «Стратегия развития воспитания в Российской Федерации на период до 2025 года»;
- Постановления Правительства Российской Федерации от 26 декабря 2017 г. № 1642 Об утверждении государственной программы Российской Федерации «Развитие образования»;
- План мероприятий по реализации Основ государственной молодежной политики Российской Федерации на период до 2025 года, утвержденных распоряжением Правительства Российской Федерации от 29 ноября 2014 г. № 2403-р;
- Посланий Президента России Федеральному Собранию Российской Федерации;
- Письмо Министерства образования и науки Российской Федерации от 14 февраля 2014 г. № ВК-262/09 и № ВК-264/09 «О методических рекомендациях о создании и деятельности советов обучающихся в образовательных организациях».
- Приказ Федеральной службы по надзору в сфере образования и науки (Рособрнадзор) от 14 августа 2020 г. № 831 «Об утверждении Требований к структуре официального сайта образовательной организации в информационно-телекоммуникационной сети «Интернет» и формату предоставления информации».

1. ОБЩИЕ ПОЛОЖЕНИЯ

1.1. Концептуально-ценностные основания и принципы организации воспитательного процесса в ИМО

Активная роль ценностей, обучающихся Центра Алмазова проявляется в их мировоззрении через систему ценностно-смысловых ориентиров и установок, принципов и идеалов, взглядов и убеждений, отношений и критериев оценки окружающего мира, что в совокупности образует нормативно-регулятивный механизм их жизнедеятельности и профессиональной деятельности.

Приоритетной задачей государственной политики в Российской Федерации является формирование стройной системы национальных ценностей, пронизывающей все уровни образования.

В Стратегии национальной безопасности Российской Федерации определены следующие традиционные духовно-нравственные ценности:

- приоритет духовного над материальным;
- защита человеческой жизни, прав и свобод человека;
- семья, созидательный труд, служение Отечеству;
- нормы морали и нравственности, гуманизм, милосердие, справедливость, взаимопомощь, коллективизм;
- историческое единство народов России, преемственность истории нашей Родины.

Концептуальные основы предполагают реализацию следующих принципов воспитательного процесса в ИМО:

- системности и целостности, учета единства и взаимодействия составных частей воспитательной системы ИМО;
- утверждение стиля партнерского взаимодействия в воспитательном и образовательном процессе;
- природосообразности, приоритета ценности здоровья участников образовательных отношений, социально-психологической поддержки личности и обеспечения благоприятного социально-психологического климата в коллективе;

- культуросообразности образовательной среды, ценностносмыслового наполнения содержания воспитательной системы и организационной культуры ИМО, гуманизации воспитательного процесса;
- субъект-субъектного взаимодействия;
- приоритета инициативности, самостоятельности, самореализации обучающихся в учебной и внеучебной деятельности, социального партнерства в совместной деятельности участников образовательного и воспитательного процессов;
- преемственность как форма сохранения и приумножения лучшего опыта и традиций воспитательной работы со студенчеством;
- соуправления как сочетания административного управления и студенческого самоуправления, самостоятельности выбора вариантов направлений воспитательной деятельности;
- творческий характер и динамизм воспитания, отражающие развитие и обогащение воспитательного процесса;
- сочетание высокой требовательности к личности с уважением ее достоинства и заботой о ней;
- комплексность воспитательных мер и социально-психологической поддержки обучающихся;
- открытости, информированности, полноты информации, информационного обмена, учета единства и взаимодействия прямой и обратной связи.

Реализация ключевых принципов воспитательного процесса позволяет предоставлять каждому обучающемуся условия для интеллектуального, культурного и нравственного развития, получения высшего образования и квалификации в соответствии со способностями, знаниями и желаниями, обеспечения качества образования, повышающего профессиональную мобильность и социальную защищенность личности в условиях рыночной экономики, создания благоприятных условий для социализации, гражданского становления, обретения общественно - значимых ценностей.

1.2. Методологические подходы к организации воспитательной деятельности в ИМО

В основу рабочей программы воспитания положен комплекс методологических подходов, включающий:

Системный подход — предполагает рассматривать объект как сложное образование, сводимое к сумме составляющих его частей и имеющее иерархическую структуру. Системное рассмотрение предполагает выделение структурных компонентов, их функций, определение системообразующего фактора, анализ внешних связей.

Системно-деятельностный подход — требует специальной работы по формированию деятельности обучающегося, переводу его в позицию субъекта познания, труда и общения, с тем, чтобы педагог обучал воспитанников целеполаганию и планированию деятельности, ее организации и регулированию, контролю, самоанализу и оценке результатов деятельности,

Аксиологический подход (ценностно-ориентированный)— опора на диалектическое единство общечеловеческих и национальных ценностей, определяющихся сознанием человечества и духовно-нравственными смыслами отношений человека к миру, людям, самому себе.

Личностно-ориентированный подход — опора на систему взаимосвязанных понятий, идей и способов действий, поддержка процессов самопознания, самосовершенствования и самореализации личности, развития его индивидуальности.

Проблемно-функциональный подход позволяет осуществлять целеполагание с учетом выявленных воспитательных проблем и рассматривать управление системой

воспитательной работы как процесс (непрерывную серию взаимосвязанных, выполняемых одновременно или в некоторой последовательности управленческих функций (анализ, планирование, организация, регулирование, контроль), сориентированных на достижение определенных целей).

Научно-исследовательский подход рассматривает воспитательную работу в как деятельность, имеющую исследовательскую основу и включающую вариативный комплекс методов теоретического и эмпирического характера.

Компетентностный подход — учет совокупности общих принципов определения целей воспитания, организации воспитательного процесса и оценки его результатов, формирования компетенций, обеспечивающих успешную социализацию личности.

Проектный подход - предполагает разрешение имеющихся социальных и иных проблем посредством индивидуальной или совместной проектной, или проектно-исследовательской деятельности обучающихся под руководством преподавателя. Проектная технология имеет социальную, творческую, научно-исследовательскую, мотивационную и практико ориентированную направленность,

Социальный подход — учет влияния социальной реальности на цели и задачи личности, педагогические последствия этого влияния для человека и общества.

Целостный подход отражает суть педагогического процесса, определяющегося единством интеллектуального и духовно-нравственного развития личности обучающегося.

Синергетический подход позволяет рассматривать воспитание как процесс, в значительной степени самоорганизующийся, обусловленный множеством внутренних и внешних влияний: закономерных и случайных, предсказуемых и стихийных, упорядоченных и хаотичных,

Ресурсный подход учитывает готовность университета реализовать систему воспитательной работы через нормативно-правовое, кадровое, финансовое, информационное, научно-методическое, учебно-методическое и материально-техническое обеспечение.

Здоровьесберегающий подход направлен на повышение культуры здоровья, сбережение здоровья субъектов образовательных отношений, создание здоровьеформирующей и здоровьесберегающей образовательной среды,

Культурологический подход к организации воспитательного процесса предполагает развитие личности в гармонии с общечеловеческой культурой и освоение базовой гуманитарной культуры через участие в различных видах значимой воспитательной деятельности.

Гуманистический подход отражает систему взглядов, согласно которым человек представляет собой высшую ценность, имеющую право на существование, счастье, достойную человека жизнь, поэтому приоритетными являются права и свободы обучающегося, его свободное и творческое развитие и саморазвитие.

Герменевтический подход предполагает саморазвитие всех субъектов воспитательного процесса на основе осмысления и переосмысления общественного и личного опыта творческой деятельности.

Информационный подход - реализуется за счет постоянного обновления объективной и адекватной информации о системе воспитательной работы, ее преобразования, что позволяет определять актуальный уровень состояния воспитательной системы и иметь возможность его корректировки.

1.3. Цель и задачи воспитательной работы в ИМО

Цель воспитательной работы – 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 работы:

- развитие мировоззрения и актуализация системы базовых ценностей личности;
- приобщение обучающихся к общечеловеческим нормам морали, национальным устоям и академическим традициям, традиционным российским духовно-нравственным ценностям;
- воспитание уважения к закону, нормам коллективной жизни, развитие гражданской и социальной ответственности;
- воспитание положительного отношения к труду, воспитание социально значимой целеустремлённости 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 обучающихся, 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 управленческих способностей;
- формирование патриотического сознания и активной гражданской позиции обучающихся Центра Алмазова, предупреждение проявлений радикализма, экстремизма, терроризма;
- формирование коммуникативной компетентности, содействие в освоении обучающимися современных коммуникативных технологий, умений применять их для академического и профессионального взаимодействия, в том числе на иностранных языках;
- содействие в формировании у обучающихся современных научных взглядов, способности использовать философские концепции естествознания для формирования научного мировоззрения;
- обеспечение социальной и психологической поддержки обучающихся ИМО, социальная работа с обучающимися в трудной жизненной ситуации, инвалидами, детьми-сиротами, молодыми семьями.

2. СОДЕРЖАНИЕ И УСЛОВИЯ РЕАЛИЗАЦИИ ВОСПИТАТЕЛЬНОЙ РАБОТЫ В ИМО

2.1. Воспитывающая (воспитательная) среда

Воспитывающая (воспитательная) среда – это среда созидательной деятельности, общения, разнообразных событий, возникающих в них отношений, демонстрации достижений. Воспитывающая среда ИМО рассматривается как территориально и событийно ограниченная совокупность влияний и условий формирования личности, выступает фактором внутреннего и внешнего психосоциального и социокультурного развития личности.

2.2. Направления воспитательной деятельности и воспитательной работы в ИМО

В соответствии с системным подходом к вопросам воспитания обучающихся реализация воспитательной функции осуществляется в единстве учебной деятельности (на

занятиях, во внеучебной деятельности по изучаемым дисциплинам) и внеучебной воспитательной работы, что предполагает:

В учебном процессе:

- осуществление воспитания обучающихся в контексте целей, задач и содержания профессионального образования; отбор содержания воспитательной деятельности при опоре на основные образовательные программы;
- определение в учебных и рабочих программах изучаемых дисциплин формируемых компетенций обучающихся;
- широкое использование в учебном процессе активных форм обучения (деловых, ролевых игр, дискуссий, тренингов, презентаций, конкурсов и т.д.), творческих заданий и социальных проектов;
- воспитание примером личности преподавателя.

Во внеучебной деятельности по изучаемым дисциплинам:

Данное направление деятельности организуется преподавателями конкретных учебных курсов. Эта работа проводится после занятий. Формы ее разнообразны: тематические вечера, конкурсы, просмотр кино- и видеофильмов, участие студентов в научно-исследовательских и предметных кружках, конференциях, чтениях, клубах и объединениях, проведение недель кафедр, встреч с практическими работниками и т. д. Координируют и направляют эту работу заведующие кафедрами. Конкретные формы, методику определяют сами преподаватели с учетом специфики ИМО, направления подготовки, учебной группы, возраста и индивидуальных особенностей студентов. Внеучебная воспитательная деятельность, организуемая кафедрами, открывает широкие возможности для интегративности, активного использования междисциплинарных связей, при которых отдельные мероприятия могут проводиться несколькими преподавателями родственных дисциплин.

Собственно внеучебная воспитательная деятельность включает в себя все подразделения ИМО, проводится посредством использования различных форм через творческий союз преподавателей и обучающихся на основе календарного плана воспитательной работы с обучающимися, разрабатываемого на учебный год.

Направления воспитательной деятельности:

- развитие личности, создание условий для самоопределения и социализации обучающихся;
- профилактику деструктивного поведения обучающихся;
- формирование у обучающихся:
  - чувства патриотизма и гражданственности;
  - чувства уважения к памяти защитников Отечества и подвигам героев Отечества;
  - уважения человеку труда и старшему поколению;
  - уважения к закону и правопорядку;
  - бережного отношения к культурному наследию и традициям многонационального народа Российской Федерации;
  - правил и норм поведения в интересах человека, семьи, общества и государства;
  - бережного отношения к природе и окружающей среде.

Основными направлениями воспитательной работы: приоритетные и вариативные

Приоритетные направления.

Гражданское - развитие общегражданских ценностных ориентаций и правовой культуры через включение в общественно-гражданскую деятельность; воспитание

уважения к закону, нормам коллективной жизни, развитие гражданской и социальной ответственности; повышение уровня культуры безопасного поведения; противодействие экстремизму и терроризму.

Цели гражданского направления воспитательной работы:

1. Образовательная цель - раскрыть у обучающихся общечеловеческие и общегражданские политические ценностные ориентации обновления общества, развить у обучающихся способность к эмоциональному, убедительному, аргументированному общению, сформировать устойчивую систему привычного ответственного гражданского сознания, умения отстаивать свои убеждения, учит жить в условиях демократии и гласности.
2. Воспитательная цель - формирование у обучающихся чувств патриотизма и интернационализма, а также высоких морально-политических качеств: порядочности, морально-политической чистоплотности в отношениях с людьми, сознательной дисциплинированности, ответственности, политического чутья, критичности, способности исправлять свои ошибки.
3. Развивающая цель - вытекает из образовательной и воспитательной. Гражданско-политическое познание и деятельность формируют способность политического мышления, умения каждый общественно важный факт, событие осмыслить с позиций нового политического мышления. Обучающиеся учатся самостоятельно разбираться в потоке политической информации, давать ей оценку, противостоять манипулированию их сознанием.
4. Гражданское воспитание реализуется через усиление мер, направленных на предотвращение участия обучающихся в любых актах насилия, вербовки и вовлечения в акты терроризма во всех его формах и проявлениях, приобщение к социальной, общественно значимой деятельности, российским культурным и историческим традициям и формирование у обучающихся:
   - гражданской позиции и общечеловеческого сознания;
   - демократической культуры гражданской общественной жизни, через создание и развитие органов самоуправления обучающихся;
   - культуры межнационального общения, приверженности идеям интернационализма, дружбы, равенства, взаимопомощи, воспитание уважительного отношения к национальному достоинству людей, их чувствам, религиозным убеждениям;
   - стабильной системы нравственных и смысловых установок личности, позволяющих противостоять идеологии экстремизма, религиозного радикализма, национализма, ксенофобии, дискриминации по социальным, религиозным, расовым, национальным признакам и другим негативным социальным явлениям.

Формы реализации:

- организация и проведение конференций, круглых столов, презентаций, посвященных героико-патриотической тематике, памятным историческим датам, гражданской проблематике, национальной безопасности Российской Федерации, культуре межнационального общения и др.;
- участие обучающихся в гражданско-патриотических митингах и акциях, демонстрациях, торжественных мероприятиях, посвященных государственным праздникам;
- участие в мероприятиях, посвященных Дню Государственного флага Российской Федерации, символам государства, дням памяти великих полководцев, дням воинской славы России;
- организация и проведение мероприятий по профилактике терроризма, вопросам противодействия экстремизму и терроризму;

- проведение тематических кураторских часов в студенческих академических группах по проблемам гармонизации межэтнических и межкультурных отношений, взаимодействие между представителями различных этносов и национальностей;
- электоральная активность обучающихся в избирательных кампаниях разного уровня в качестве избирателей, наблюдателей, активистов предвыборных штабов и др.;
- адаптация обучающихся, в том числе иностранных, в российском многонациональном, многоэтническом и многокультурном обществе.

Значительная роль в формировании патриотического сознания и гражданских качеств обучающихся принадлежит гуманитарным дисциплинам, таким как «История Отчества», «Философия», «История медицины» и др. Повышение качества преподавания гуманитарных учебных дисциплин обеспечит ориентацию обучающихся в современных общественно-политических процессах, происходящих в России и мире, а также осознанную выработку собственной позиции по отношению к ним на основе знания и осмысления истории, духовных ценностей и достижений нашей страны.

Патриотическое - система призвана обеспечить формирование у обучающихся активной позиции, способствовать их включению в решение общегосударственных задач, создавать условия для развития государственного мышления, привычки действовать в соответствии с национальными интересами России.

Цель патриотического направления воспитательной работы*:* проведение систематической и целенаправленной работы по формированию у обучающихся гражданской идентичности, чувства любви к Отечеству, ответственности за его состояние и развитие, активной гражданской позиции, готовности к выполнению гражданского долга, важнейших конституционных обязанностей по защите интересов Родины и сохранению, и укреплению традиционных российских духовно-нравственных ценностей.

Патриотическое воспитание реализуется через развитие у обучающихся уважения к символам государства, к историческим символам и памятникам Отечества, формирование у обучающихся патриотического сознания, любви к своей Родине, чувства общности со своим народом, уважения к истории, готовности к защите Отечества и труду на его благо, привлечение общественности, ветеранских организаций к решению вопросов патриотического воспитания, а также развитие механизмов межведомственного взаимодействия с государственными, негосударственными, общественными и иными организациями, объединениями.

Формы реализации:

- организация экскурсий по местам боевой славы, в музеи, на выставки, экспозиции;
- участие во всероссийских акциях «Георгиевская ленточка», «Бессмертный полк», «Вахта памяти» и др.;
- организация и проведение встреч с ветеранами и участниками Великой Отечественной войны, ветеранами боевых действий и военной службы;
- организация военно-спортивных игр и военно-исторического клуба.

Духовно-нравственное - развитие ценностно-смысловой сферы и духовной культуры, нравственных чувств и крепкого нравственного стержня, мировоззрения и актуализация системы базовых ценностей личности; формирование системы ценностей с учетом многонациональной основы нашего государства а также сохранения и укрепления традиционных российских духовно-нравственных ценностей; приобщение обучающихся к общечеловеческим нормам морали, национальным устоям и академическим традициям; создание благоприятных социальных условий для обучающихся и молодых семей через организацию социальной поддержки, пропаганду семейных ценностей, организацию

процесса социализации обучающихся в общежитиях и развитие их инфраструктуры, обеспечение развития личности и ее социально-психологической поддержки, вовлечение обучающихся в процессы саморазвития и самореализации; развитие личностных качеств и установок, социальных навыков и управленческими способностями;

Духовно-нравственное воспитание обучающихся реализуется:

- через освоение системы традиционных российских духовно-нравственных ценностей;
- формирование морального сознания, развитие нравственных чувств и качеств, выработку навыков нравственного поведения;
- формирование культуры этического мышления, способности морального суждения, обучение самостоятельному принятию решений в ситуациях нравственного выбора;
- формирование у выпускников духовно-нравственных ориентиров, способности противостоять негативным факторам современного общества и выстраивать свою жизнь на основе традиционных российских духовнонравственных ценностей;
- формирование способности осуществлять нравственный самоконтроль;
- освоение обучающимися этических правил академического сообщества;
- формирование академической культуры, академической свободы и академической ответственности;
- формирование гуманного отношения к людям и развитие сопереживания, в том числе к лицам с ограниченными возможностями здоровья и инвалидам;
- формирование у обучающихся представлений о подлинных семейных ценностях, ориентации на вступление в брак, уважения к институту семьи и к членам семьи;
- формирование ответственного отношения к делу, работе, дисциплинированности.

К числу традиционных ценностей относятся: жизнь, достоинство, права и свободы человека, патриотизм, гражданственность, служение Отечеству и ответственность за его судьбу, высокие нравственные идеалы, крепкая семья, созидательный труд, приоритет духовного над материальным, гуманизм, милосердие, справедливость, коллективизм, взаимопомощь и взаимоуважение, историческая память и преемственность поколений, единство народов России.

Формы реализации:

- проведение мероприятий ориентированных на содействие духовно-нравственному становлению обучающихся, формированию у обучающихся нравственных чувств (совести, долга, веры, ответственности, гражданственности, патриотизма), нравственного облика (терпения, милосердия, кротости, незлобивости), нравственной позиции (способности к различению добра и зла, проявлению самоотверженной любви, готовности к преодолению жизненных испытаний), нравственного поведения (готовности служения людям и Отечеству, проявления духовной рассудительности, послушания, доброй воли);
- проведение конференций, круглых столов, семинаров по вопросам духовно-нравственного воспитания молодежи;
- организация и проведение благотворительных акций (дни донора и др.);
- организация и проведение мероприятий, связанных с историей и традициями России, сохранением исторической памяти и преемственности поколений, единством народов России;
- организация и проведение встреч обучающихся с деятелями культуры и науки, с лидерами мнений, представителями научного сообщества;
- создание патриотического клуба обучающихся.

Важнейшим фактором формирования личности обучающихся является нравственный пример преподавателя, куратора, сотрудников структурного подразделения.

Вариативные направления (физическое, экологическое, профессионально-трудовое, культурно-творческое, научно-образовательное).

Физическое воспитание нацелено на формирование у обучающихся здорового образа жизни, становление личностных качеств, обеспечение психической устойчивости обучающихся, формирование у обучающихся «моды» на здоровый образ жизни как залога успешной личной жизни и профессиональной деятельности; создание условий для самореализации обучающихся.

Физическое воспитание реализуется через:

- формирование культуры ведения здорового и безопасного образа жизни,
- развитие способности к сохранению и укреплению здоровья, ценностей здорового образа жизни,
- популяризацию физической культуры и спорта,
- создание условий для физического развития обучающихся, организации активного отдыха обучающихся как специфической формы реализации спортивно-массовой деятельности и оздоровительного процесса,
- создание для обучающихся с ОВЗ условий для регулярных занятий физической культурой и спортом, развивающего отдыха и оздоровления;
- осуществление антиникотиновой, антинаркотической и антиалкогольной пропаганды и просвещения среди обучающихся;
- внедрение здоровьесберегающих технологий в образовательный процесс;
- использование потенциала спортивной деятельности для профилактики асоциального поведения и вредных привычек в студенческой среде.

Формы реализации:

- организация и проведение соревнований по различным видам спорта;
- организация участия обучающихся в соревнованиях и чемпионатах по различным видам спорта;
- организация работы спортивных секций, тренажерного зала;
- участие обучающихся в сдаче норм ГТО;
- участие обучающихся в массовых спортивных и оздоровительных мероприятиях («Кросс наций», «Лыжня России» и др.);
- организация и проведение инклюзивных спортивных соревнований для обучающихся с ОВЗ;
- организация и проведение дней здоровья, мероприятий, приуроченных ко Всемирному дню борьбы со СПИДом, Всемирному дню без табака, и т.п.;
- организация и проведение студенческих акций с целью профилактики негативных социальных явлений («Нет – алкоголю!», «Я выбираю здоровый образ жизни!» и др.)
- организация и проведение информационно-просветительских семинаров по профилактике наркомании, алкоголизма, табакокурения, ВИЧ и основам здорового образа жизни;
- проведение вакцинации обучающихся;
- организация досуга и активного отдыха обучающихся.

Физическое воспитание в ИМО является не только учебной дисциплиной, но и важнейшим базовым компонентом формирования культуры здоровья обучающихся, приоритет оздоровительных и профилактических мер, доступность для обучающихся оздоровительных мероприятий.

Формирование здорового образа жизни обучающихся строится на профилактической работе, направленной на ограничения саморазрушающих видов поведения (наркомания, табакокурение, употребление алкоголя и др.).

Экологическое направление воспитательной работы направлено на развитие экологического сознания и устойчивого экологического поведения; формирование у обучающихся бережного отношения к природе и окружающей среде.

Экологическое направление реализуется через формирование системы знаний о средствах и методах защиты человека и среды обитания в чрезвычайных ситуациях, формирование гуманного и бережного отношения к живой природе, экологической культуры и экологического мышления.

Формы экологического воспитания:

- участие в студенческих научно-практических конференциях, олимпиадах по экологии;
- работа волонтеров в рамках экологического направления по благоустройству, уборке и озеленению территорий ИМО;
- соблюдение принятых правил и норм экологически целесообразного поведения;
- овладение знаниями и навыками в экологической и гигиенической культуре.

Профессионально-трудовое направление воспитательной работы - развитие психологической готовности к профессиональной деятельности, формирование профессиональных навыков, культуры и этики профессионального общения, воспитание положительного отношения к труду, вовлечение обучающихся в планирование карьерных траекторий.

Средствами этого направления воспитания являются основные виды деятельности обучающегося: учебный труд, научно-исследовательская работа, все виды практик.

Профессионально-трудовое воспитание обучающихся направлено на:

- создание системы профессионального и карьерного консультирования,
- разработку и реализацию программ профессиональной ориентации обучающихся, вовлечение обучающихся в деятельность студенческих отрядов и других форм занятости молодежи,
- внедрение эффективных программ развития социальной компетентности, «гибких» навыков обучающихся,
- развитие взаимодействия с субъектами рынка труда, ключевыми работодателями в решении вопросов трудоустройства обучающихся и выпускников;
- расширение перечня конкурсов, интеллектуальных и творческих состязаний (в т.ч. конкурсов профессионального мастерства) для обучающихся с участием работодателей, научных организаций и бизнес-сообщества.

Формы реализации:

- все практики;
- участие в конкурсе «Я профессионал»;
- реализация учебных программ, тренингов развития межличностных навыков (soft skills), профессионального развития (professional skills);
- волонтерство;
- медицинские студенческие отряды;
- развитие системы мониторинга карьеры обучающихся и выпускников.

Для стимулирования трудовой активности обучающихся используются традиционные мероприятия: ярмарка вакансий, выставки и конкурсы творчества обучающихся и др. Эффективно планировать и оценивать процесс и результаты своего

обучения обучающемуся помогает технология портфолио, которая позволяет фиксировать достижения в различных видах активностей.

Культурно-творческое направление воспитательной работы - знакомство обучающихся с материальными и нематериальными объектами человеческой культуры, приобщение к культуре и искусству, выявление и поддержка талантливой молодежи, формирование организаторских навыков, творческого потенциала; формирование информационного поля путем вовлечения обучающихся в деятельность студенческих СМИ, оповещения о событиях и мероприятиях различного уровня.

Данное направление работы предполагает развитие творческой личности, способствуя формированию и развитию личностных качеств, навыков и умений обучающихся, их социальной адаптации.

Направления реализации:

- создание необходимых условий для всестороннего развития обучающихся, совершенствование социокультурной инфраструктуры
- создание атмосферы познавательного и эстетического комфорта в ИМО,
- развитие творческого потенциала обучающихся,
- содействие в овладении обучающимися креативными формами самовыражения в различных сферах деятельности;
- повышение интереса обучающихся к изучению культурного наследия страны, обогащению общей и речевой культуры, приобщению к изучению классической литературы и искусства;
- оказание помощи обучающимся в овладении культурой поведения, внешнего вида, речи, вербального и невербального общения;
- поиск новых форм и повышение уровня организации позитивного досуга обучающихся, организация и проведение культурных мероприятий, направленных на популяризацию традиционных российских культурных, нравственных и семейных ценностей,
- вовлечение в творческую деятельность обучающихся с ОВЗ,
- создание новых и развитие уже функционирующих творческих объединений обучающихся,
- проведение конкурсов, фестивалей, праздников, театрализованных представлений («День первокурсника», «Студенческая весна», «Экскурсия по студенческой жизни» «КВН» и др.),
- организация посещения музеев, выставок, театров, кинопоказов, концертов, встреч с творческими людьми, писателями и др.,
- участие творческих коллективов и исполнителей в городских, региональных, всероссийских конкурсах, смотрах, фестивалях,
- привлечение обучающихся, педагогов и работников к эстетическому оформлению учебных корпусов, кабинетов, аудиторий, созданию эстетического внешнего облика ИМО.

Организация культурной среды обучения и воспитания, эстетической организации рабочего места преподавателя и обучающегося комплексно формируют культуру человека, его духовный мир и представления о красоте и являются важным условием воспитания будущих специалистов

Научно-образовательное направление воспитательной работы - формирование исследовательского и критического мышления, мотивации к научно-исследовательской деятельности; развитие инфраструктуры Алмазовского студенческого научного общества (далее - АСНО).

Целью научно-образовательного воспитания обучающихся является воспитание творческого отношения обучающихся к будущей профессии через учебную,

исследовательскую и инновационную деятельность, повышение качества профессиональной подготовки молодых специалистов.

Механизмы реализации:

- дисциплины (общие дисциплины, дисциплины по выбору), на которых обучающимся прививаются научным методом познания, углубленное и творческое освоение учебного материала,
- участие обучающихся в научно-исследовательской работе, в том числе включаемой в учебный процесс,
- участие обучающихся в научных конкурсах, конференциях, олимпиадах и выставках.

2.3. Виды деятельности обучающихся в воспитательной системе ИМО:

Приоритетными видами деятельности обучающихся в воспитательной системе ИМО являются: проектная деятельность; добровольческая (волонтерская) деятельность; учебно-исследовательская и научно-исследовательская деятельность обучающихся; студенческое международное сотрудничество; деятельность объединений обучающихся и органов самоуправления обучающихся; досуговая, творческая, социально-культурная, физкультурно-оздоровительная деятельность; деятельность по организации и проведению значимых событий и мероприятий; профориентационная деятельность; предпринимательская деятельность.

Проектная деятельность

Проектная деятельность имеет творческую, научно-исследовательскую и практико-ориентированную направленность, осуществляется на основе проблемного обучения и активизации интереса обучающихся, ориентирована на самостоятельную деятельность обучающихся – индивидуальную или групповую, которая выполняется в течение определенного отрезка времени и способствует социализации обучающихся.

Проектная деятельность обучающихся направлена на решение следующих задач:

- обучение планированию (уметь четко определить цель, описать основные шаги по достижению поставленной цели, определить результаты).
- формирование навыков сбора и обработки информации, материалов (уметь выбрать подходящую информацию и правильно ее использовать).
- умение анализировать (креативность и критическое мышление).
- умение составлять письменный отчет, представлять и защищать результаты своей проектной деятельности.

Виды проектов в рамках деятельности:

- исследовательские проекты (продукт проекта – новое теоретическое знание и востребованное практическое применение и др.);
- стратегические проекты (продукт проекта – стратегия, концепция, программа и др.);
- организационные проекты (продукт проекта – новая оргструктура, новые актуальные практики и др.);
- социальные проекты (продукт проекта – оформленное решение социально значимой задачи/проблемы (законодательная инициатива; социальная акция), проведенное социальное мероприятие (спектакль/концерт акция и др.));
- технические проекты (продукт проекта – новая технология, конструкторская документация на изделие и само изделие; макет и др.);
- информационные проекты (продукт проекта – качественная информация, ее оформление и представление (журнал, газета, мультимедийный продукт, веб-сайт др.));

- телекоммуникационные проекты (продукт проекта –базы данных, виртуальный мультимедийный клуб, компьютерная игра и др.);
- – арт-проекты (продукт проекта – продукт художественного творчества; художественный образ; музыкальное/литературное произведение/видеопродукт и др.).

Проектная деятельность обучающихся как коллективное творческое дело представляет собой совместный творческий поиск наилучших средств, методов, способов, путей и нестандартных совместных решений важных задач. К видам коллективных творческих дел (проектов) относятся: профессионально-трудовые; научно-исследовательские; художественно-эстетические; физкультурно-спортивные; событийные; общественно-политические; культурно-творческое; социально-культурные и иные дела.

Критерии оценки эффективности:

- выдвижение и реализация различных проектов обучающихся;
- систематичность и разнообразие проектов;
- результативность участия в конкурсах проектах.

Волонтерская (добровольческая) деятельность

*У*частие обучающихся в добровольческой деятельности позволяет обучающимся получить первичный опыт участия в профессиональной деятельности, формирования базовых личностных и социальных компетентностей, необходимых для профессиональной деятельности.

Волонтерская (добровольческая) деятельность обучающихся направлена на решение следующих задач:

- развитие и поддержка молодежных инициатив, направленных на организацию добровольческого труда молодежи;
- вовлечение добровольцев в общественно полезную деятельность;
- продвижение в молодёжной среде добровольчества как стиля социально активного образа жизни каждого молодого человека;
- проведение конкурсных мероприятий по выявлению лучших проектов в сфере добровольчества, информационно-методическое сопровождение по их продвижению и реализации;
- формирование у обучающихся культуры участия в благотворительной и добровольческой деятельности, а также расширение моральных и иных стимулов для участия в добровольческой деятельности;
- разработка и внедрение комплексных инструментов работы с волонтерами и общественными организациями;
- создание и апробация новых образовательных методик подготовки волонтеров, организация и проведение тренингов для волонтеров, обучающих программ, позволяющих повысить эффективность организации волонтерской деятельности;
- распространение эффективного опыта добровольческой деятельности;
- формирование и апробация механизмов вовлечения молодых людей в волонтерскую деятельность;
- создание эффективных моделей управления волонтерской деятельностью молодежи;
- разработка системы мотивации волонтерской деятельности;
- По инициативе обучающихся и при их активном участии в ИМО создано добровольческое объединение «Только сердцем», направлениями деятельности которого выступают медицинское добровольчество, социальное добровольчество, событийное добровольчество, донорское движение, экологическое добровольчество и иные виды добровольчества.

Критерии оценки эффективности:

- увеличение количества обучающихся, вовлеченных в волонтерское движение;
- выдвижение и реализация различных волонтерских инициатив и проектов;
- систематичность и разнообразие форм обучения волонтеров;
- формирование волонтерских традиций, брендов, символов;
- разработка и выпуск информационных и методических материалов по вопросам развития добровольчества;
- результативность участия во всероссийских конкурсах, программах и проектах по развитию добровольчества;
- достижения (награды, дипломы) по итогам волонтерского сопровождения
- различных соревнований и конкурсов, имеющих статус всероссийских и международных и т.д.

Учебно-исследовательская и научно-исследовательская деятельность обучающихся

Научно-исследовательская деятельность обучающихся является неотъемлемой составной частью обучения и подготовки высококвалифицированных медицинских кадров, способных самостоятельно решать исследовательские и профессиональные задачи.

Научно-исследовательская деятельность обучающихся является продолжением и углублением учебного процесса и организуется непосредственно на кафедрах.

За период обучения каждый обучающийся самостоятельно под руководством преподавателя готовит ряд различных исследовательских работ: докладов, рефератов и др. Научно-исследовательская и учебно-исследовательская деятельность обучающихся при непосредственном участии преподавателя сопровождается их субъект-субъектным взаимодействием, воспитательным воздействием личности преподавателя, результатом которого является профессиональное становление личности будущего врача.

Научно-исследовательская деятельность обучающихся реализуется через:

- овладение обучающимися научным методом познания, научным творчеством, углубленным освоением учебного материала,
- создание социальных лифтов и условий для формирования системы поддержки инициативной и талантливой молодежи;
- включение обучающихся в передовые научные и проектные коллективы;
- развитие форм поддержки победителей и призеров интеллектуальных состязаний, конкурсов, олимпиад, выставок и пр.

Критерии оценки эффективности:

- повышение результативности участия обучающихся в научной деятельности;
- повышение грантовой активности обучающихся;
- увеличение публикационной и патентной активности обучающихся;
- увеличение количества обучающихся, вовлеченных в научно-исследовательскую и учебно-исследовательскую деятельность, в деятельность студенческого научного общества;
- осуществление сотрудничества со студенческими научными обществами других образовательных организаций, внедрение передовых форм и методов отечественного и зарубежного опыта организации научно-исследовательской работы обучающихся в свою работу;

Исследовательская деятельность способствует формированию у обучающихся системного и критического мышления, мотивации к обучению, является необходимым условием и средством профессионального самоопределения и становления обучающихся.

Студенческое международное и межвузовское сотрудничество

Успешность специалиста зачастую зависит от его коммуникативных навыков и умений по ведению конструктивного диалога с коллегами, пациентами, коллегами из других организаций, другими объектами коммуникации.

Формой повышения коммуникативной компетентности медицинских специалистов в студенческие годы выступает академическая мобильность как область международной деятельности и часть процесса интернационализации ИМО.

Обмен обучающимися, преподавателями происходит на основании договоров о сотрудничестве между Центром Алмазова и зарубежной образовательной организацией.

Международное сотрудничество Центра Алмазова реализуется и через проведение совместных научно-образовательных мероприятий с организациями-партнерами в виде краткосрочных или долгосрочных стажировок.

Деятельность объединений обучающихся и органов самоуправления обучающихся

Работа в органах самоуправления обучающихся является одним из механизмов качественной подготовки обучающихся, формирует их лидерские качества, развивает способности и интересы, умения принимать самостоятельные решения, брать на себя ответственность за результаты работы, коллектив людей.

Объединение обучающихся - это добровольное объединение обучающихся Центра Алмазова, создаваемое с целью самореализации, саморазвития и совместного решения различных вопросов, улучшения качества жизнедеятельности обучающихся.

Деятельность объединений обучающихся регулируется Положением об общественных объединениях обучающихся.

Виды объединений обучающихся Центра Алмазова по направлениям деятельности:

- научно-исследовательские (Алмазовское студенческое научное общество (АСНО), научный кружок и др.);
- творческие (студенческий клуб, вокальная/театральная/хореографическая студия, литературный кружок и др.);
- спортивные (студенческий спортивный клуб, «Беговой клуб», спортивная секция, сборные команды по видам спорта и др.);
- общественные (Студенческий Совет, Первичная профсоюзная организация обучающихся, студенческий совет, совет проживающих в жилом комплексе Солнечный, Совет обучающихся и молодых ученых (СОМУ), сообщество кураторов и др.);
- волонтерские (Волонтерская организация «Только сердцем»);
- информационные (студенческие медиасообщества и др.);
- профессиональные (студенческий отряд и др.);
- патриотические (клуб памяти и др.);
- межкультурные (ассоциация иностранных студентов дискуссионный клуб и др.)

Деятельность реализуется через вовлечение обучающихся в деятельность органов самоуправления, содействие реализации общественно значимых молодежных инициатив, поддержку молодежных общественных организаций и объединений, содействие органам самоуправления в решении образовательных, научных и воспитательных задач, в организации досуга и быта обучающихся, в пропаганде здорового образа жизни, представление интересов обучающихся на всех уровнях.

Актуальной является деятельность органов студенческого самоуправления как участников контроля качества профессионального образования, их роль в вопросе содействия организации повышения качества образовательного процесса, оценки результатов образовательных программ.

Критерии оценки эффективности:

- количество общественных объединений обучающихся и клубов;
- формирование традиций обучающихся, брендов, символов;
- разработка и выпуск информационных и методических материалов по вопросам развития студенческого самоуправления;
- результативность участия во всероссийских конкурсах, программах и проектах по развитию студенческих объединений;

2.4. Досуговая, творческая и социально-культурная деятельность по организации и проведению значимых событий и мероприятий

Досуговая деятельность обучающихся включает:

- пассивную деятельность в свободное время (созерцание, времяпровождение, виртуальный досуг (общение в сети Интернет), чтение, дебаты, тематические вечера, интеллектуальные игры и др.);
- активную деятельность в свободное время (физкультурно-спортивная деятельность, игры на открытом воздухе, флешмобы, квесты и др.).

Досуговая деятельность способствует:

- самоактуализации, самореализации, саморазвитию и саморазрядке личности;
- самопознанию, самовыражению, самоутверждению и удовлетворению потребностей личности через свободно выбранные действия и деятельность;
- проявлению творческой инициативы и укреплению эмоционального здоровья.

Творческая деятельность обучающихся – это деятельность по созиданию и созданию нового, ранее не существовавшего продукта деятельности, раскрывающего индивидуальность, личностный и профессиональный потенциал обучающихся. К видам творческой деятельности относятся художественное творчество, литературное и музыкальное творчество, театральное творчество, киноискусство, техническое творчество, научное творчество, иное творчество.

Социально-культурная и творческая деятельность обучающихся реализуется в организации и проведении значимых событий и мероприятий. Воспитательный потенциал досуговой, творческой и социокультурной деятельности заключается в выявлении задатков, способностей и талантов обучающихся в ходе вовлечения их в разнообразные формы и виды интеллектуальной, двигательной и творческой активности, в формировании социальных (эмоционального интеллекта, ориентации в информационном пространстве, скорости адаптации, коммуникации, умения работать в команде) и организационных навыков, в развитии креативного мышления, профилактике психологического, физического и социального здоровья личности.

Критерии оценки эффективности:

- количество обучающихся, вовлеченных в данный вид деятельности;
- результативность участия во всероссийских конкурсах, программах и проектах;
- достижения (награды, дипломы) по итогам участия в различных соревнованиях и конкурсах, имеющих статус всероссийских и международных и т. д.

2.4.1. Вовлечение обучающихся в профориентационную деятельность

Вовлечение в профориентационную деятельность способствует развитию ответственности обучающихся за организацию и проведение событийного мероприятия, получению нового опыта деятельности, освоению дополнительных навыков и социальных

ролей, а также способствует обеспечению приемной кампании и привлечению потенциальных абитуриентов.
Формы профориентационной работы с потенциальными абитуриентами:

- беседы с абитуриентами о направлениях и профилях подготовки, о возможностях становления и развития в профессиональной сфере деятельности;
- беседы с родителями/законными представителями по вопросам корректного родительского сопровождения процесса выбора профессиональной траектории их детей;
- профконсультирование родителей/законных представителей по выбору вариантов актуальных для их ребенка профессий с учетом способностей, личностных качеств и профессиональных интересов;
- проведение рекламной кампании (создание профориентационных и имиджевых роликов, размещение информации на официальном сайте, оформление информационных стендов, рекламных щитов и полиграфической продукции об обучении в Центре Алмазова);
- организация дней открытых дверей с предоставлением сведений об условиях и требованиях приема на обучение, возможностях освоения медицинской специальности, сроках подготовки и др.;
- участие в различных проектах: «Музей здоровья», «Введение в медицинскую специальность», «Алмазовский турнир» и др.

Формами профориентационной работы с обучающимися могут выступать:

- организация мастер-классов;
- привлечение работодателей и ведущих практиков к проведению бинарных лекций и семинарских занятий;
- организация научно-практических конференций различного уровня;
- вовлечение обучающихся в проведение значимых мероприятий на уровне Центра Алмазова, города, региона, страны;
- участие обучающихся в различных конкурсах научно-исследовательских, проектных и иных работ;
- участие обучающихся в ярмарках вакансий и иных мероприятий, содействующих трудоустройству.

Вовлечение обучающихся в профориентационную деятельность способствует повышению авторитета ИМО для обучающихся, повышению их мотивации к освоению выбранной профессии и интереса к конкретному виду трудовой деятельности, развитию ответственности за организацию и проведение событийного мероприятия, получению нового опыта деятельности, освоению дополнительных навыков и социальных ролей.
Критерии оценки эффективности:

- количество профориентационных мероприятий для школьников, проведенных с участием обучающихся;
- количество трудоустроившихся по полученной специальности выпускников.

2.4.2. Вовлечение обучающихся в предпринимательскую деятельность

Занятие предпринимательской деятельностью дает преимущественные возможности для самореализации личности и обеспечивает более высокий уровень дохода обучающихся. Поддержка инновационного предпринимательства обучающихся оказывается в формах: информирования обучающихся о возможностях предпринимательской деятельности, сопровождения предпринимательских проектов, организации и проведения обучающих мероприятий.

Популяризация предпринимательской деятельности, формирование предпринимательской среды и сопровождение обучающихся, начинающих предпринимательскую деятельность проводится на базе «Точки кипения-Центра Алмазова».

Критерии оценки эффективности:

- количество обучающих мероприятий, проведенных по данному направлению;
- количество стартапов обучающихся.

2.5. Формы и методы воспитательной работы в ИМО

Эффективность профессиональной подготовки и адаптации обучающихся, формирование компетенций обучающихся напрямую зависит от умелого использования педагогически обоснованного комплекса форм и методов воспитательной работы.

Методы воспитания, направленные на достижение целей и решение задач воспитания обучающихся, используемые в ИМО:

1. Методы формирования сознания личности — рассказ, беседа, убеждение, лекция, пример, объяснение, разъяснение, дискуссия, анализ педагогических воспитывающих ситуаций и др.;
2. Методы организации деятельности и формирования опыта поведения, как способы воздействия на предметно-практическую сферу личности с целью выделения, закрепления и формирования в опыте положительных способов и форм поведения и нравственной мотивации: задание, общественное мнение, педагогическое требование, поручение, приучение, создание воспитывающих ситуаций, тренинг, упражнение, и др.
3. Методы мотивации деятельности и поведения, используемые с целью воздействия на мотивационную сферу личности, направленные на побуждение воспитанников к улучшению своего поведения, развитию нравственно-положительной мотивации поведения: одобрение, поощрение социальной активности, порицание, создание ситуаций успеха, создание ситуаций для эмоционально-нравственных переживаний, соревнование и др.

Формы организации воспитательной работы, используемые в ИМО:

- по количеству участников (индивидуальные - субъект-субъектное взаимодействие в системе преподаватель-обучающийся; групповые - творческие коллективы, спортивные команды, клубы, кружки по интересам и т.д.; массовые - фестивали, олимпиады, праздники, субботники и т.д.);
- по целевой направленности, позиции участников, объективным воспитательным возможностям (мероприятия, дела, игры);
- по времени проведения (кратковременные, продолжительные, традиционные);
- по видам деятельности (трудовые, спортивные, художественные, научные, общественные и др.);
- по результату воспитательной работы (социально-значимый результат, информационный обмен, выработка решения).

2.6. Ресурсное обеспечение реализации рабочей программы воспитания

Ресурсное обеспечение реализации Программы включает:

- нормативно-правовое обеспечение;
- научно-методическое и учебно-методическое обеспечение;
- кадровое обеспечение;
- финансовое обеспечение;
- информационное обеспечение;
- материально-техническое обеспечение.

2.6.1. Нормативно-правовое обеспечение

Воспитательная деятельность в ИМО регламентируется рабочей программой воспитания обучающихся, календарным планом воспитательной работы на учебный год, Положениями о Совете студентов, Совете обучающихся и молодых ученых Центра Алмазова, о волонтерской организации «Только сердцем», иными локальными актами, регламентирующими воспитательную деятельность Центра Алмазова.

Совершенствование нормативно-правового обеспечения воспитательной деятельности предполагает обновление прежних и разработку новых локальных нормативных правовых актов и положений, способствующих лучшей организации и функционированию системы внеучебной воспитательной работы и органов студенческого самоуправления в ИМО.

2.6.2. Научно-методическое и учебно-методическое обеспечение

Необходимое условие совершенствования воспитания – интеграция воспитательной и научной работы.

Содержание научно-методического и учебно-методического обеспечения как вида ресурсного обеспечения реализации Программы включает:

1. Наличие научно-методических, учебно-методических и методических пособий и рекомендаций как условие реализации основной образовательной программы, Рабочей программы воспитания и Календарного плана воспитательной работы ИМО.
2. Учебно-методическое обеспечение воспитательного процесса соответствует требованиям к учебно-методическому обеспечению основной профессиональной образовательной программы.

2.6.3. Кадровое обеспечение

Воспитательная деятельность в ИМО обеспечивается кадровым составом Департамента по социальной и воспитательной работе, кураторами, профессорско-преподавательским составом ИМО.

Совершенствование кадрового обеспечения воспитательной деятельности направлено на улучшение работы по подбору и повышению квалификации кураторов, различных категорий сотрудников занимающихся воспитательной деятельностью.

2.6.4. Финансовое обеспечение

Финансовое обеспечение воспитательной деятельности осуществляется за счет субсидий на выполнение государственного задания, внебюджетных средств Центра Алмазова и других источников, не запрещенных законом. При этом основные статьи расходов включают в себя:

- Содержание необходимого штата сотрудников для управления и организации внеаудиторной, воспитательной, культурно-досуговой, спортивно-оздоровительной работой, общественно-значимой и иной деятельности, направленной на профессиональное и личностное становление обучающихся.
- На повышение квалификации и профессиональную переподготовку преподавателей/организаторов воспитательной деятельности и управленческих кадров по вопросам воспитания обучающихся.
- Финансирование мероприятий, включенных в Программу и календарный план воспитательной работы ИМО Центра Алмазова.
- Укрепление материально-технической базы ИМО, необходимой для создания социокультурной развивающей среды и проведения внеучебных мероприятий.
- Материальное стимулирование преподавателей, сотрудников и студентов, активно участвующих во внеучебной работе.

2.6.5. Информационное обеспечение

Информационное обеспечение реализации Программы предполагает:

- информирование субъектов образовательных отношений о запланированных и прошедших мероприятиях и событиях воспитательной направленности;
- наполнение сайта ИМО информацией о воспитательной деятельности, студенческой жизни;
- информационную и методическую поддержку и мониторинг воспитательной деятельности;
- размещение локальных документов Центра Алмазова по организации воспитательной деятельности в ИМО Центра Алмазова, в том числе Рабочей программы воспитания и Календарного плана воспитательной работы на учебный год.

2.6.6. Материально-техническое обеспечение

Материально-техническое обеспечение направлено на поддержание и развитие материально-технической базы, необходимой для проведения внеучебной воспитательной, культурно-досуговой и спортивной деятельности, формирования необходимых компетенций обучающихся и развития их личностного потенциала,

Центр Алмазова, реализуя Программу, располагает оснащенными спортивным инвентарем, музыкальным оборудованием и современными мультимедийными средствами:

- спортивными сооружениями (спортивный зал и спортивные площадки, тренажерный зал, зал для занятий аэробикой и танцами в НОМБЦ «Солнечный» бассейн);
- комплексом залов для организации мероприятий воспитательной и культурно-досуговой направленности;
- помещениями для работы органов самоуправления обучающихся;
- объектами воспитательной среды (библиотека, симуляционный центр, «Точка кипения-Центр Алмазова»).

Материально-техническое обеспечение воспитательного процесса соответствует требованиям, предъявляемым к учебно-методическому обеспечению ОПОП. Технические средства обучения воспитания соответствуют поставленной воспитывающей цели, задачам, видам, формам, методам, средствам и содержанию воспитательной деятельности

2.7. Инфраструктура, обеспечивающая реализацию рабочей программы воспитания

Инфраструктура Центра Алмазова позволяет организовывать и проводить:

- массовые мероприятия и собрания различной направленности;
- групповые просмотры кино- и видеоматериалов;
- мероприятия художественного творчества с использованием современных инструментов и технологий, театрализованные представления;
- систематические занятия физической культурой и спортом, а также спортивные соревнования среди обучающихся.

Библиотека Центра Алмазова обеспечивает доступ обучающимся к информационным ресурсам, учебной и художественной литературе, коллекциям медиаресурсов на электронных носителях, к множительной технике для тиражирования материалов, результатов творческой, научно-исследовательской и проектной деятельности обучающихся, обеспечивает подготовку выставок к памятным датам.

Аккредитационно-симуляционный центр оснащен современным симуляционным оборудованием, позволяющим во внеучебное время обеспечивать приобретение о укрепление компетенций обучающимися.

Кафедры, институты и факультеты предоставляют доступ обучающимся к материальной-технической базе и инфраструктуре, которыми располагает соответствующее подразделение и осуществляют сопровождение деятельности обучающихся во время этой работы. Обучающиеся получают доступ к учебным и специализированным лабораториям, помещениям и объектам, например, Центр доклинических и трансляционных исследований с комплексом лабораторий и операционных, Институт молекулярной биологии и генетики и т.д.

Организации просветительских мероприятий осуществляется на базе Музея В.А. Алмазова и Точки кипения-Центр Алмазова, оборудованных медиа и звуковым оборудованием, оборудованием для организаций онлайн-трансляций.

По запросу обучающихся для проведения мероприятий, собраний, обсуждения предоставляются учебные аудитории и помещения.

Инфраструктура учитывает специальные потребности обучающихся с ОВЗ и требования, установленные государственными санитарно-эпидемиологическим правилами и гигиеническими нормативами.

2.8. Социокультурное пространство. Сетевое взаимодействие с организациями, социальными институтами и субъектами воспитания.

2.8.1. Социокультурное пространство

Социокультурное пространство — это не только географическое, но и освоенное обществом пространство распространения определенного ареала культуры. В воспитание обучающихся включено социокультурное пространство города Санкт-Петербурга.

Интеграция в воспитательное пространство субъектов социокультурного пространства города, объединенных решением общих задач воспитания, значительно увеличивает воспитательный потенциал Центра Алмазова: музеи, театры, историко-архитектурные объекты, библиотеки, центры развлечений (концертные залы, кинотеатры, дома культуры, дома творчества, клубы и др.), спортивные объекты города, парки отдыха, скверы и другие социальные институты города Санкт-Петербурга.

2.8.2. Сетевое взаимодействие с организациями, социальными институтами и субъектами воспитания

Участниками сетевого взаимодействия выступают такие социальные институты, как:

- семья обучающихся, в первую очередь, несовершеннолетних, с целью интеграции родителей в педагогический процесс,
- общественные организации и объединения (Всероссийское общественное движение добровольцев в сфере здравоохранения «Волонтеры - медики», Российское кардиологическое общество и другие медицинские профессиональные общественные организации),
- органы местного самоуправления (в пределах своей компетенции), органы государственной власти на региональном и федеральном уровне (в пределах своей компетенции) (Совет проректоров по воспитательной работе образовательных организаций высшего образования России, Совет ректоров ВУЗов г. Санкт-Петербург, Комитет по молодежной политике, Комитет по науке и высшей школе и др.)
- Первичная профсоюзная организация обучающихся Центра Алмазова и др.

Основными формами организации социального партнерства является организация и проведение совместных коллективно-творческих, информационно-просветительских мероприятий, разработка и реализация совместных проектов, акций, а также кружковая работа с привлечением профильных специалистов.

3. Управление системой воспитательной работы

3.1. Воспитательная система и управление системой воспитательной работы в ИМО

Воспитательная система ИМО представляет собой целостный комплекс воспитательных целей и задач, кадровых ресурсов, их реализующих в процессе целенаправленной деятельности, и отношений, возникающих между участниками воспитательного процесса.

Подсистемами воспитательной системы являются:

- воспитательный процесс как целостная динамическая система, системообразующим фактором которой является цель развития личности обучающегося, реализуемая во взаимодействии преподавателей и организаторов воспитательной деятельности и обучающихся;
- система воспитательной работы, которая охватывает блок деятельности и может реализоваться через участие обучающихся в комплексе мероприятий, событий, дел, акций и др., адекватных поставленной цели;
- студенческое самоуправление как открытая система;
- коллектив Центра Алмазова как открытая система.

Основными инструментами управления воспитательной работой является Программа воспитания и Календарный план воспитательной работы.

Основные субъекты системы воспитательной работы ИМО: директорат, департаменты и отделы администрации ИМО Центра Алмазова, кафедры, профессорско-преподавательский состав, Совет студентов, Совет обучающихся и молодых ученых, профком обучающихся.

Основными функциями управления системой воспитательной работы выступают:

- анализ итогов воспитательной работы год;
- планирование воспитательной работы на год, включая Календарный план воспитательной работы на год;
- организация воспитательной работы;
- контроль за исполнением управленческих решений по воспитательной работе (в том числе осуществляется через мониторинг качества организации воспитательной деятельности);
- регулирование воспитательной работы.

3.2. Самоуправление обучающихся (со-управление)

Развитие самоуправления происходит через различные виды деятельности и формы объединений обучающихся. Самоуправление обучающихся Центра Алмазова представлено следующими основными объединениями- Студенческим советом, Советом обучающихся и молодых ученых (СОМУ) и Первичной профсоюзной организацией обучающихся Центра Алмазова.

Администрация Центра Алмазова осуществляет взаимодействие с органами самоуправления обучающихся путем вовлечения их председателей (представителей) в деятельность Ученого совета, Советов факультетов и Учебно-методического совета, комиссий по стипендиальному обеспечению и дисциплинарной комиссии и др.

Органам самоуправления обучающихся делегированы функции по формированию и представлению мнения и интересов, обучающихся в вопросах и процессах, которые затрагивают права и интересы всех обучающихся.

Цель самоуправления обучающихся: создание условий для проявления способностей и талантов обучающихся, самореализации обучающихся через различные виды деятельности (проектную, волонтерскую, учебно-исследовательскую и научно-исследовательскую, международное сотрудничество, деятельность студенческих объединений, досуговую, творческую и социально-культурную, участие в организации

и проведении значимых событий и мероприятий; участие в профориентационной и предпринимательской деятельности и др.).

Задачи самоуправления обучающихся:

- сопровождение функционирования и развития объединений обучающихся;
- правовая, информационная, методическая, ресурсная, психолого-педагогическая, иная поддержка органов самоуправления обучающихся;
- подготовка инициатив и предложений для администрации, органов власти и общественных объединений по проблемам, затрагивающим интересы обучающихся и актуальные вопросы общественного развития;
- организация сотрудничества со студенческими, молодёжными и другими общественными объединениями в Российской Федерации и в рамках международного сотрудничества;
-

Система самоуправления обучающихся, как со-управления функционирует в соответствии со следующими принципами:

- субъект-субъектного взаимодействия в системах «обучающийся – обучающийся», «обучающийся – академическая группа», «обучающийся – преподаватель», «преподаватель – академическая группа»;
- приоритета инициативности, самостоятельности, самореализации обучающихся в учебной и внеучебной деятельности, социального партнерства в совместной деятельности участников образовательного и воспитательного процессов;
- со-управления как сочетания административного управления и самоуправления обучающихся, самостоятельности выбора вариантов направлений воспитательной деятельности;
- информированности, полноты информации, информационного обмена, учета единства и взаимодействия прямой и обратной связи.

Основой деятельности самоуправления обучающихся является подготовка, организация и реализация конкретных коллективно-творческих дел, проектных и исследовательских работ, событий и мероприятий во взаимодействии с организаторами воспитательной деятельности, администрацией Центра Алмазова, социальными партнерами, работодателями и др.

3.3. Мониторинг качества воспитательной работы и условий реализации содержания воспитательной деятельности

Мониторинг качества воспитательной работы – это форма организации сбора, хранения, обработки и распространения информации о системе воспитательной работы, обеспечивающая контроль за исполнением управленческих решений в части воспитательной работы и прогнозирование развития данной системы.

Подбор критериев и показателей воспитательной работы является важным этапом, так как на нем определяются конкретные характеристики и индикаторы, позволяющие в дальнейшем делать обоснованные выводы о результативности процесса воспитания обучающихся.

Способами оценки достижимости результатов воспитательной деятельности на личностном уровне выступают:

- методики диагностики ценностно-смысловой сферы личности и методики самооценки;
- анкетирование, беседа и др.;
- анализ результатов различных видов деятельности;
- портфолио и др.

Ключевыми показателями эффективности качества воспитательной работы и условий реализации содержания воспитательной деятельности выступают:

- качество ресурсного обеспечения реализации воспитательной деятельности;
- качество инфраструктуры Центра Алмазова - здания и сооружения (спортивные площадки, музей Центра Алмазова, иное), образовательное пространство, службы обеспечения (транспорт, связь и др.);
- качество воспитывающей среды и воспитательного процесса (организации созидательной активной деятельности обучающихся, использование социокультурного пространства, сетевого взаимодействия и социального партнерства);
- качество управления системой воспитательной работы (рассмотрение вопросов о состоянии воспитательной работы коллегиальными органами – Совет по воспитательной работе, Совет наставников и др.);
- организация мониторинга воспитательной деятельности, стимулирование деятельности преподавателей/ организаторов воспитательной деятельности;
- качество самоуправления обучающихся (нормативно-правовое и программное обеспечение воспитательной деятельности, организация деятельности объединений обучающихся (участие в работе коллегиальных органов института, в том числе Ученого Совета, различных комиссий), отражение деятельности Советов обучающихся и студенческих объединений на информационных ресурсах Центра Алмазова);
- качество воспитательного мероприятия (содержательных, процессуальных, организационных компонентов, включенности и вовлеченности обучающихся).

Ключевыми количественными показателями эффективности качества организации воспитательной работы выступают:

- количество доступных для обучающихся источников информации о мероприятиях, организуемых в Центре Алмазова в рамках воспитательной деятельности;
- количество инфоповодов и откликов в процессе информационного сопровождения мероприятий;
- доля студентов, имеющих поощрения и награды на разных уровнях;
- количественные результаты анкетирования студентов, в ходе которого им предлагается оценить качество воспитательной деятельности;
- доля обучающихся, принимающих участие во внеучебной и воспитательной работе от общего количества обучающихся;
- удельный вес обучающихся, получающих социальную поддержку от общего количества обучающихся;
- количественные показатели социальной работы с обучающимися (количество лиц с ОВЗ, инвалидов, получающих меры социальной поддержки, молодежные семьи и др.)
- число нарушений обучающимися правил внутреннего распорядка и этического кодекса, доля обучающихся, совершивших нарушения к общему числу обучающихся;
- доля участников творческих кружков, клубов и секций от общего количества обучающихся;
- количество проведенных мероприятий по направлениям внеучебной деятельности;
- количество объединений/творческих кружков/секций/клубов по направлениям внеучебной деятельности;
- удельный объем средств, выделяемый на организацию воспитательной деятельности.

- количество и списочный состав социальных (сетевых) партнеров с которыми проводится регулярная совместная работа.

Ожидаемыми результатами реализации данной Программы являются:

- создание в Центре Алмазова единого воспитательного пространства;
- совершенствование планирования, стабильность и четкость работы всех звеньев воспитательной деятельности в Центре Алмазова;
- обогащение содержания основных направлений воспитательной деятельности;
- совершенствование нормативно-правового обеспечения воспитательной деятельности;
- создание современной научно-методической и материально-технической базы, обеспечивающей развитие воспитательной, культурно-досуговой, спортивно-оздоровительной, общественной деятельности в ИМО;
- совершенствование существующих и создание новых форм и методов воспитательной деятельности;
- реализация Календарного плана воспитательной деятельности;
- развитая и эффективно действующая структура самоуправления обучающихся;
- рост количества социально-активных обучающихся и обучающихся, вовлеченных в деятельность объединений/творческих кружков/секций/клубов по направлениям внеучебной деятельности;
- увеличение количества обучающихся, участвующих в массовых мероприятиях федерального, регионального, муниципального уровня и организуемых Центром Алмазова;
- повышение результативности участия обучающихся в мероприятиях, соревнованиях, фестивалях и конкурсах (награды, дипломы по итогам участия в научных, образовательных, творческих, спортивных и других форумах);
- создание базы данных о молодых лидерах и активистах как источника пополнения (кадрового резерва) профессорско-преподавательского состава и административно-управленческого аппарата ИМО;
- уменьшение количества обучающихся, допускающих противоправное поведение и обучающихся, состоящих на внутреннем учете;
- иные результаты.

Приложение 9

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

Институт медицинского образования

«УТВЕРЖДАЮ»
Директор Института медицинского образования
ФГБУ «НМИЦ им. В.А. Алмазова»
Минздрава России
Е.В. Пармон
«04»декабря_2023 г.

Календарный план событий и мероприятий воспитательной направленности на 2024-2025 учебный год

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 обучающихся к общечеловеческим нормам морали, национальным устоям и академическим традициям, традиционным российским духовно-нравственным ценностям, формирование культуры и этики профессионального общения, повышение уровня культуры безопасного поведения;
- воспитание уважения к закону, нормам коллективной жизни, развитие гражданской и социальной ответственности;
- воспитание положительного отношения к труду, воспитание социально значимой целеустремлённости 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 обучающихся, формирование организаторских навыков, творческого потенциала, вовлечение обучающихся в процессы саморазвития и самореализации;
- формирование патриотического сознания и активной гражданской позиции обучающихся Центра Алмазова, предупреждение проявлений радикализма, экстремизма, терроризма;
- формирование коммуникативной компетентности, содействие в освоении обучающимися современных коммуникативных технологий, умений применять их для академического и профессионального взаимодействия, в том числе на иностранных языках;
- содействие в формировании у обучающихся современных научных взглядов, способности использовать философские концепции естествознания для формирования научного мировоззрения;

- обеспечение социальной и психологической поддержки обучающихся ИМО, социальная работа с обучающимися в трудной жизненной ситуации, инвалидами, детьми-сиротами, молодыми семьями.

Приоритетные направления работы			
Гражданско-патриотическое воспитание обучающихся			
№ п/п	**Название мероприятия**	**Сроки исполнения**	**Ответственные**
1.	Организация участия обучающихся в мероприятиях гражданско-патриотической направленности районного, городского, регионального и Всероссийского уровня.	В течение года	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Молодежный медиацентр
2.	Размещение информации согласно перечню установленных Памятных дат и Дней воинской славы согласно ФЗ № 32 от 13.03.1995	В течение года	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
3.	Участие в проекте «Сто дат российской идентичности»	В течение года	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
4.	Фотоконкурс «Красоты России» по приезду из отпуска и каникул	Сентябрь, февраль	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Молодежный медиацентр
5.	Торжественное мероприятие, посвященное Дню знаний	Сентябрь	Деканат Лечебного факультета, Управление внешних связей, Департамент по социальной и внеучебной работе, СОМУ, Профком обучающихся
6.	День солидарности в борьбе с терроризмом	03.09.2024	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
7.	День памяти жертв блокады Ленинграда (виртуальная выставка «Дорога к жизни»)	28.08.2024-01.10.2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
8.	День памяти жертв политических репрессий. Виртуальная выставка	Октябрь 2024	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, библиотека
9.	Встреча с иностранными обучающимися	Сентябрь 2024 Апрель 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Молодежный медиацентр
10.	Информационный пост, виртуальная выставка, посвящённые Дню народного единства	04.11.2024	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, библиотека ИМО
11.	День героев Отечества (по отдельному плану)	9.12.2024	Отдел по воспитательной и внеучебной работе. Зам. Декана ЛФ по ВР
12.	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 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, библиотека ИМО, Студенческий клуб
13.	Мероприятия, посвящённые Дню защитника Отечества (по отдельному плану)	Февраль 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, студенческий совет
14.	Мероприятия, посвящённые Международному женскому дню (по	Март 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе

	отдельному плану)		
15.	Международный день освобождения узников фашистских лагерей	11 апреля 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
16.	День космонавтики	12 апреля 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
17.	День памяти о геноциде советского народа нацистами и их пособниками в годы Великой Отечественной войны	19 апреля 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
18.	Мероприятия, посвящённые празднованию Дня Победы (по отдельному плану)	Май 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, библиотека ИМО
19.	Мероприятия, посвящённые празднованию Дня Рождения Санкт-Петербурга (по отдельному плану)	Май 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Студенческий клуб
20.	День полного прорыва морской минной блокады Ленинграда (передвижная выставка)	05.06.2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
21.	Мероприятия, посвящённые празднованию Дня России (по отдельному плану)	12.06.2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
22.	Мероприятия, посвящённые празднованию Дню медицинского работника (по отдельному плану)	15.06.2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Молодежный медиацентр
23.	Мероприятия, посвященные Дню памяти и скорби (по отдельному плану)	22.06.2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
24.	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
25.	Организация съемок видеоматериалов социальной и антитеррористической, антиэкстремистской направленности	В течение года	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
26.	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
27.	Мероприятия, посвящённые Международному Дню борьбы с коррупцией (по отдельному плану)	09.12.2024	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
28.	Учения по антитеррористической безопасности. Безопасность в сети интернет.	2 раза в год	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
Духовно-нравственное воспитание обучающихся			
1.	Индивидуальное консультирование обучающихся по вопросам эмоци-	В течение года	Сектор психологического сопровождения обучающихся

	онального благополучия и коммуникации в учебных ситуациях		
2.	Фотовыставка, посвященная Дню пожилых людей	Октябрь 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
3.	Акция «Подари сердце», посвященное Всемирному дню Доброты	13.11.2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
4.	Организация и проведение мероприятия в рамках «Дней петербургской философии»	Ноябрь	Зам. Декана ЛФ по ВР
5.	Информационный пост к Международному Дню толерантности	16.11.2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
6.	Акции «Ленточка блокадного Ленинграда»	Январь 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
7.	Фестиваль волонтеров	Ноябрь - декабрь	Заместитель директора по социальной и внеучебной работе. Департамент по социальной и внеучебной деятельности
8.	Круглый стол: буллинг в студенческой жизни: причины, способы преодоления	Октябрь, март	Сектор психологического сопровождения обучающихся
9.	Акция «Подари библиотеке книгу»	Май 2025	Библиотека ИМО
10.	Акция к Всемирному Дню донора крови	16.06.2025	СПК, Отдел по воспитательной и внеучебной работе
Культурно-творческое воспитание обучающихся			
1.	Общегородской День первокурсника	Сентябрь 2024	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Молодежный медиацентр
2.	Интерактивно-тренинговая программа по адаптации к вузу студентов 1 курса в рамках конференции "Культурный код врача"	Сентябрь 2024	Сектор психологического сопровождения обучающихся, Молодежный медиацентр
3.	Участие в фестивале творчества «Мама, я на сцене!»	Октябрь	Студенческий клуб, Молодежный медиацентр
4.	Викторина, посвященная Дню Рождения Деда Мороза	18.11.2024	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
5.	Праздничное поздравление, посвященное Дню преподавателя высшей школы	19.11.2024	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
6.	Праздничное поздравление, посвященные Дню матери	Ноябрь 2024	Отдел по воспитательной и внеучебной работе. Зам декана ЛФ по ВР
7.	Празднование Нового Года	Декабрь 2024	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, профком обучающихся, Студенческий клуб, Молодежный медиацентр
8.	Тематическое мероприятие, приуроченное к Дню героев Отечества	09.12.2024	Зам. Декана ЛФ по ВР
9.	Дискотека, посвящённая Дню студенчества «Татьянин День»	25.01.2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Молодежный медиацентр
10.	Фестиваль студенческого творчества «Свой почерк»	Март	Студенческий клуб, Молодежный медиацентр

11.	Участие в фестивале «Студенческая весна в Санкт-Петербурге»	Апрель - май	Студенческий клуб, Молодежный медиацентр
12.	Неделя "Культура – обучающимся ИМО" (по отдельному плану)	24 марта – 1 апреля 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Молодежный медиацентр
13.	Участие в фестивале «АРТ-СТУДиЯ!»	Май	Студенческий клуб, Молодежный медиацентр
14.	Мероприятия, посвященные 225-летию со дня рождения А.С. Пушкина (по отдельному плану)	Январь-июнь 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Молодежный медиацентр
15.	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, Молодежный медиацентр
16.	Организация и проведение мероприятий, посвященных Дням воинской славы, знаменательным и памятным датам России, профессиональным праздникам	В течение года	Зам. Декана ЛФ по ВР
Вариативные направления			
Экологическое воспитание обучающихся			
1.	Общегородской субботник. Благоустройство территорий ИМО	Октябрь 2024, апрель 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Молодежный медиацентр
2.	Акция «Час Земли – 2023»	Март 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
3.	Волонтерская акция по сбору помощи приютам для животных	Сентябрь-октябрь 2025	Профком обучающихся, Молодежный медиацентр
Физическое воспитание обучающихся и формирование здорового образа жизни			
1.	Внутривузовский турнир по шахматам	Сентябрь 2025	Профком обучающихся. Молодежный медиацентр
2.	Информационный пост к Международному дню отказа от курения	Ноябрь 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
3.	Участие в соревнованиях «Полоса препятствий ГТО»	Декабрь 2025	Профком обучающихся, Молодежный медиацентр
4.	Участие в открытом Чемпионате ИТМО по плаванию «ITMO Swimming Winter 22»	Декабрь 2025	Профком обучающихся, Молодежный медиацентр
5.	Участие в соревнованиях в рамках Санкт — Петербургской студенческой киберспортивной лиги	Март 2025	Профком обучающихся, Молодежный медиацентр
6.	Соревнование к Всемирному дню здоровья	8-9 апреля	Кафедра физической культуры и спорта
7.	Участие в забеге фонда «Антон тут рядом»	Апрель 2025	Профком обучающихся
8.	Турнир по настольному теннису	Апрель 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Молодежный медиацентр, Совет проживающих
9.	«Мама, пап, я — спортивная семья»	Апрель 2025	Профком обучающихся, Молодежный медиацентр
10.	Участие в межвузовском турнире по лазертагу	Апрель 2025	Профком обучающихся, Молодежный медиацентр
11	День семьи Центра Алмазова 2024	Май 2025	Профком обучающихся, Молодежный медиацентр
12	Внутривузовский турнир по волейболу	Июль 2025	Профком обучающихся, Молодежный медиацентр, Совет проживающих, Отдел по воспитательной и внеучебной

			работе
Научно-образовательное воспитание обучающихся			
1.	Посещение музей-квартиры И.П. Павлова	Сентябрь 2024	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
2	Информационный пост, посвященный Дню сердца	29.09.2024	Отдел по воспитательной и внеучебной работе, Молодежный медиацентр
3.	День науки в Центре Алмазова	Февраль 2025	СОМУ, Молодежный медиацентр
4.	Научный марафон 2024	Ноябрь 2024-февраль 2025	СОМУ, Молодежный медиацентр
5.	Дни открытых дверей в АСНО	В течение года	АСНО, Молодежный медиацентр
6.	Интерактивно-тренинговые занятия по развитию лидерских и коммуникативных качеств для старост и кураторов курсов "Школа актива"	Один раз в два месяца в течении года	Сектор психологического сопровождения обучающихся, Молодежный медиацентр
7.	Проведение серии образовательных мероприятий с приглашенными экспертами для обучения основам журналистики и блогерства	Ежемесячно	Молодежный медиацентр
8.	Алмазовский молодежный медицинский форум 2024 (АММФ-2024)	Май 2025	СОМУ, Молодежный медиацентр
9.	Олимпиады по профилям (по отдельному плану)	В течение года	Лумпова А.Н. Заведующий отделом контроля и мониторинга образовательной деятельности
10.	Заседание Студенческих научных обществ	В течение года	АСНО

Деятельность студенческого самоуправления обучающихся			
1.	Организационное собрание для первокурсников и ординаторов 1 года	Сентябрь 2024	Профком обучающихся
2.	Организационные собрания кураторов студенческих групп 2023-2024	Сентябрь 2024	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
3.	Отбор кандидатов на должность кураторов студенческих групп	Апрель-май 2025	Отдел по воспитательной и внеучебной работе
4.	Всероссийская просветительская акция «ВИЧ-инфекция – не приговор!»	Май 2024	Студенческий совет
6.	Открытое собрание Студенческого совета	Октябрь 2024	Студенческий совет Молодежный медиацентр
7.	Волонтерская работа в помощь медицинскому персоналу в осуществлении медицинских манипуляций	В течение года	Волонтерская организация «Только сердцем»
8.	Хакатон	В течение года	Заместитель директора по социальной и внеучебной работе
9.	Волонтерская работа в помощь медицинскому психологу в осуществлении психодиагностической и психокоррекционной работы	В течение года	Волонтерская организация «Только сердцем»
11.	Волонтерская работа на мероприятиях Центра Алмазова	В течение года	Волонтерская организация «Только сердцем». Пом. Зав. кафедры психологии по ВР.
Профессионально трудовое			
1.	Проект «1+1»	В течение год	СОМУ
2.	Волонтерская работа на мероприятиях Центра Алмазова	В течение года	Волонтерская организация «Только сердцем»
3.	Заседание СНК (по отдельному плану)	В течение год	Помощники заведующих кафедр